

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice lub opiekun prawny)

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności znaczny umiarkowany lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
- c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy
 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON**

TAK(podać rok) NIE

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej** TAK NIE

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeżeli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowie***.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowia lub
gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK - uzasadnienie
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwie zaznaczyć

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj turnusu

termin turnusu od do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów

Potwierdzam możliwość uczestnictwa Pana/Pani

wraz z opiekunem*

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym)

.....

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej zł, słownie zł

.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej* zł, słownie zł

.....

Zobowiązuje się, w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuje się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek bankowy:

.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

- Niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE
OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL, numer dowodu osobistego)

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią całodobowej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Jestem/ nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby.....

Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym.....

Oświadczam, że podane dane przeze mnie we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis opiekuna)

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

.....

data i podpis osoby niepełnosprawnej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu wpisanego we wniosku w celu przekazywania informacji dotyczących wniosku o dofinansowanie turnusu.

.....

data i podpis osoby niepełnosprawnej