

**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 ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ 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, jeśli 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 zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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

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

.....

(data) *(czytelny podpis wnioskodawcy)*

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Wypełnia PCPR

.

.....

(data wpływu wniosku do PCPR) *(pieczęć PCPR i podpis pracownika)*

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

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

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- | | |
|---|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ padaczka |
| ☐ choroba psychiczna | ☐ inne (jakie)..... |
| ☐ schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- ☐ NIE
- ☐ TAK - uzasadnienie
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA*

Imię i nazwisko.....
PESEL.....
Adres (miejsce pobytu**):.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje
.....
.....
.....

Uczulenia
.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie ortopedyczne
.....
.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych
.....
.....
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* Druk „Informacja o stanie zdrowia” wypełniony przez lekarza wnioskującego o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, **nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu**, uczestnik turnusu jest zobowiązany do przedstawienia w trakcie pierwszego badania lekarskiego na turnusie.

** wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej 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 uczestniczenia 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

Zobowiązuję 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 zobowiązuję 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

Informacja o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego
(wypełnia organizator turnusu)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

Adres zamieszkania*

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Miejsce turnusu (nazwa ośrodka i adres z kodem pocztowym).....

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu

Rodzaj turnusu (jaki?):.....

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju i charakteru zajęć, w tym liczba godzin oraz uzyskanych efektów):

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko oraz podpis
kierownika turnusu)

Przeprowadzono badanie lekarskie**

☐ Tak ☐ Nie

Zastosowano zabiegi fizjoterapeutyczne

☐ Tak ☐ Nie

jakie zabiegi fizjoterapeutyczne:

Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej*** ☐ Tak ☐ Nie

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program obejmował zajęcia fizjoterapeutyczne

*** opisać rolę opiekuna