

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

.....

Telefon.....

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 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 składanie 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

* właściwe zaznaczyć

* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Uwaga! Do wniosku należy dołączyć kopię orzeczenia o grupie inwalidzkiej lub stopniu niepełnosprawności

OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pile, Al. Niepodległości 37, dla potrzeb związanych z dofinansowaniem ze środków PFRON.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz ich usunięcia.

.....
(data i podpis)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres (miejsce pobytu)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**:

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroby psychiczne epilepsja
- schorzenia układu krążenia
- inne jakie

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

- oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki kule łokciowe inne, jakie?.....
-

Konieczność pobytu opiekuna j na turnusie*

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

** Właściwe zaznaczyć

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na świadomy/ma odpowiedzialności karnej oświadczam, że:

1. Nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
3. Nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego członka turnusu.
4. Przedstawię podczas pierwszego badania na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia.
5. Moim opiekunem/opiekunem mojego dziecka* na turnusie będzie:

.....
(imię i nazwisko, adres opiekuna)

6. Wyżej wymieniony opiekun:

- nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
- nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
- ukończył 18 lat* lub ukończył 16 lat i jest członkiem rodziny zamieszkującym wspólnie ze mną.

* niewłaściwe skreślić

.....
(czytelny podpis opiekuna)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)