

Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

PESEL albo nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia Telefon kontaktowy

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego

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 osób 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym 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.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. 2014 poz. 1182 z późn. zm.).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Wymagany do wniosku załącznik:

Uwierzytelniona przez uprawniony organ, kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności (lub inny równoważny dokument) lub kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności (lub inny równoważny dokument) pod warunkiem przedstawienia jego oryginału przy składaniu wniosku.

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Nie wcześniej niż II kwartał danego roku

*** Właściwe zaznaczyć

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

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 dysfunkcja narządu

wzroku

upośledzenie umysłowe choroba psychiczna 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

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 sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i potrzebie rozwijania jej umiejętności społecznych

Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny

1. Imię i nazwisko uczestnika turnusu
PESEL albo nr dokumentu tożsamości
2. Opis sytuacji społecznej:
 - a) sytuacja zawodowa
 - b) jak niepełnosprawność wpływa na sposób zaspakajania codziennych potrzeb życiowych i społecznych (czy występują jakieś trudności)
.....
.....
.....
 - c) kontakty ze środowiskiem, innymi osobami
.....
.....
.....
3. Potrzeby osoby niepełnosprawnej w zakresie rozwijania umiejętności społecznych*:
 - a) wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: [] **tak** [] **nie**
 - b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, w tym kształtowanie umiejętności porozumiewania się z innymi, współdziałania w grupie: [] **tak** [] **nie**
 - c) pobudzenie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: [] **tak** [] **nie**
 - d) realizacja i rozwijanie zainteresowań: [] **tak** [] **nie**
 - e) rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji: [] **tak** [] **nie**

* właściwe zakreślić

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Wypełnia pracownik PCPR

Ocena uzasadniająca udział Wnioskodawcy w turnusie rehabilitacyjnym:

- [] wskazany
[] niewskazany
[] inne (jakie?)

.....
data i podpis pracownika socjalnego

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 rehabilitacyjnego

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