

**Wniosek o dofinansowanie 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

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania
.....nr tel.:

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE*:

Stopień niepełnosprawności		
znaczny <input type="checkbox"/>	I grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezd. do pracy sam. egz. <input type="checkbox"/>
umiarkowany <input type="checkbox"/>	II grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki <input type="checkbox"/>	III grupa <input type="checkbox"/>	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
orzeczenie o niepełnosprawności (do 16. roku życia) <input type="checkbox"/>		
termin ważności orzeczenia <input type="checkbox"/>	trwałe <input type="checkbox"/>	czasowe do <input type="checkbox"/>

Korzystałem(am) z dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym*:
 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, wyniósł** zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (t.j. Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby wewnętrzne Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku.

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* Właściwe zaznaczyć.

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- 1. Kopia** (oryginał do wglądu) dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność Wnioskodawcy
- 2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**
- 3. Zaświadczenie ze szkoły w przypadku młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 16 do 24 lat.**

Wypełnia PCPR:

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

Przyjmuje do wiadomości, iż:

1. Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Niżańskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla powiatu niżańskiego na dany rok kalendarzowy.
3. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt. 2, 3, 4, 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694), oświadczam, że:

1. W roku bieżącym nie uzyskałem/am* dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON.
2. Dokonam wyboru turnusu w ośrodku, który jest wpisany do rejestru ośrodków prowadzonego przez wojewodę.
3. Dokonam wyboru organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów
4. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja niżej podpisany/na,
zamieszkały/a,
będę pełnił funkcję opiekuna na turnusie dla:

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694), oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym:

1. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie.
2. Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
3. Ukończyłem/am 18 lat / lub ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.*

.....
(podpis opiekuna)

* właściwe zakreślić

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

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"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....
..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie*:

- NIE**
- TAK** – uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

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: 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)

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

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

.....

.....

Uczulenia

.....

.....

Przyjmowała 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)