

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

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

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Telefon

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

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**

słownie złotych

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

** Właściwie zaznaczyć

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

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

CZĘŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

(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: oddo

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.

.....
 (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 **:

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak - uzasadnienie
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
 Data

.....
 Podpis i pieczęć lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**Właściwe zaznaczyć.

OŚWIADCZENIE
opiekuna osoby niepełnosprawnej
dla PCPR w Rawie Mazowieckiej

Nazwisko i imię

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Nr Pesel.....

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu
rehabilitacyjnego i zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie dofinansowania
do kosztów uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.
Oświadczam , że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki osoby drugiej i nie pełnię
funkcji członka kadry na turnusie.

.....
data(dzień-miesiąc-rok)

.....
czytelny podpis opiekuna