

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**

.....zł.
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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....
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.

CZĘŚĆ II - OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU
(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym)

Nr 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 niepełnosprawnejzł, 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.

.....
(pieczęć organizatora turnusu)

INFORMACJA O PRZEBIEGU TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia organizator turnusu)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

Adres zamieszkania*.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu

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

Rodzaj turnusu(jaki?):

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data

.....
Imię i nazwisko oraz podpis kierownika turnusu

Przeprowadzono badanie lekarskie**

Tak Nie

Zastosowano zabiegi rehabilitacyjne**

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.

** Właściwie zaznaczyć i wypełnić w przypadku turnusów, których program obejmował zajęcia fizjoterapeutyczne.

*** Opisać rolę opiekuna.

.....
(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 **:

choroba psychiczna	dysfunkcja narząd wzroku	schorzenia układu krążenia
padaczka	upośledzenie umysłowe	dysfunkcja narząd słuchu
osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim		inne (jakie?).....
dysfunkcja narządu ruchu	

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
 Tak - uzasadnienie
.....
.....
.....
.....

Uwagi:
.....
.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

OŚWIADCZENIE
opiekuna osoby niepełnosprawnej
dla PCPR w Rawie Mazowieckiej

Nazwisko i imię

.....

Adres zamieszkania

.....

Dowód osobisty

Seria..... Nr.....

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