

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

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Data urodzenia ..... 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

o 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)*

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał (kalendarzowy) 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.\*\*\*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

### **Załączniki:**

- orzeczenie o niepełnosprawności lub inne równoważne,
- w przypadku osoby w wieku 16-24 lata uczącej się i nie pracującej zaświadczenie ze szkoły lub kopia legitymacji szkolnej

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

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

# Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

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

## Uwagi:

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

.....

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

PESEL albo .....

Adres (miejsce pobytu\*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....  
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

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

Uczulenia

.....  
.....

Przyjmowane 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)

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

## 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 turnusu :

od.....do.....

.....

### Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....  
.....

### Dane ośrodka w który odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

**Oświadczam, że nie korzystałem 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)

ustawowego)

lub przedstawiciela

\*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

## CZĘŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów\*.....

Potwierdzam możliwość uczestnictwa Pana /Pani.....  
wraz z opiekunem\*\*

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?).....

w terminie od.....do.....

w ośrodku (nazwa i adres).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków .....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej .....zł, 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“ sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenie w wyniku kontroli rażących uchybień z w zakresie realizacji turnusu zobowiązuje 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:

Nazwa banku ..... oddział .....

nr.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i czytelny podpis organizatora)