

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź
opiekun prawny)

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
.....
Data urodzenia
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
Numer orzeczenia:
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 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, 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.***

.....
(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)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

(data)

(podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data)

(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2

do rozporządzenia Ministra Pracy
i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r.

.....

/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego/

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania /miejsce
pobytu*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji :**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie :**

- Nie
- Tak – uzasadnienie.....

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

.....
(Data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** wniosek lekarza ma zawierać „wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna na turnusie (rozd. 3 § 4 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych; Dz. U. nr 230, poz. 1694)

Lista załączników:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem.
2. Wniosek lekarza, pod którego opieką znajdują się Wnioskodawca, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki oraz oświadczenie o niepozostawaniu w zatrudnieniu w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności.
4. W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.