

# **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 |
| 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/ i 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)*

Opiekun będzie pełnił na turnusie funkcje członka kadry  TAK  NIE

Opiekun jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby  TAK  NIE

## **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.

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

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie.....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać  
\*\* właściwe zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

.....  
(Imię)

.....,dnia .....

.....  
(Nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....

### **Oświadczam, że:**

- byłem(am) stroną umowy zawartej na dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
  - tak
  - nie
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego,
- podane informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....

(podpis wnioskodawcy)