

Wniosek o przyznanie dofinansowania 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 * Tel.

Data urodzenia

Planowy 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. całkowitej częściowej niezdolności do pracy
niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- d. 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)

Jestem kombatanem/kombatantką, wdowcem/wdową po kombatancie**:

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)

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu kompletnego wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizykoterapeutyczne

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

dysfunkcja narządu ruchu

dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

padaczka

schorzenia układu krążenia

inne (jakie?)

2. Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK - uzasadnienie:

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

Kolno,

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

W związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym oświadczam, że:

1. w roku bieżącym nie uzyskałem dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON
2. dokonam wyboru turnusu w ośrodku, który jest wpisany do rejestru ośrodków prowadzonego przez wojewodę;
3. nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu
4. w przypadku turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne zobowiązuję się do przedstawienia podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenia lekarskiego o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Kolno,

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnił na turnusie wobec wnioskodawcy oświadczam, że:
imię i nazwisko wnioskodawcy

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
3. ukończyłem 18 lat / ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej – wnioskodawcy.*

.....
Czytelny podpis opiekuna

* właściwie zaznaczyć

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że Administratorem zbieranych i przetwarzanych danych osobowych podanych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kolnie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 69, 18-500 Kolno, nr telefonu (86) 278 13 34, adres email: pcpr@powiatkolno.pl

Pełen obowiązek informacyjny dostępny pod linkiem: <http://www.pcprkolno.pl/klauzula-informacyjna-o-przetwarzaniu-danych-osobowych>

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 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)

.....

(podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że Administratorem zbieranych i przetwarzanych danych osobowych podanych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kolnie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 69, 18-500 Kolno, nr telefonu (86) 278 13 34, adres email: pcpr@powiatkolno.pl

Pełen obowiązek informacyjny dostępny pod linkiem: <http://www.pcprkolno.pl/klauzula-informacyjna-o-przetwarzaniu-danych-osobowych>