**Numer sprawy .....**

# Wniosek o 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* .....

.....

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 ˺ 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 na turnusie opiekuna)*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (netto) rodziny, 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 prawda oraz że jestem świadomy(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.

** Właściwe zaznaczyć.

***Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

---

## Wypełnia PCPR Krosno

**.....** **.....**

(data wpływu wniosku do PCPR) (pieczęć PCPR i podpis pracownika)

.....
(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.
** Właściwe zaznaczyć.

..... .....
*(data)* *(pieczątka i podpis lekarza)*

**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 ośrodka 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 ubezpieczeniu społecznym rolników.**

..... .....
(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO**
(wypełnia organizator turnusu)

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

Numer 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 niepełnosprawnej ..... zł słownie zł .....
opiekuna osoby niepełnosprawnej** ..... zł słownie zł .....

**Zobowiązuję się, w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przesłać do PCPR w Krośnie „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 albo numer dokumentu tożsamości .....

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

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu .....
Rodzaj turnusu (jaki?): .....

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

..... .....
*(data)* *(imię i nazwisko oraz podpis kierownika turnusu)*

---

Przeprowadzono badanie lekarskie**
ˆ TAK ˆ NIE
Zastosowano zabiegi fizjoterapeutyczne
ˆ TAK ˆ NIE
jakie zabiegi fizjoterapeutyczne: .....
.....
.....
.....
Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej** ˆ TAK ˆ NIE
.....
.....
.....

..... .....
(data) (pieczątka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.
***Opisać rolę opiekuna.

| Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych | | | |
|---|---|---|---|
| **Numer zawartej umowy lub decyzji** | **Cel przyznanego dofinansowania ze środków PFRON** | **Data przyznanego dofinansowania** | **Stan rozliczenia środków PFRON** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

***Do wniosku należy dołączyć – DO WGLĄDU – zaświadczenie o dochodach za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku. Dotyczy zarówno Wnioskodawcy jak i osób zamieszkałych wraz z nim i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe.***

## OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOPSRAWNEJ

**Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. nr 230, poz. 1694), oświadczam, że jako uczestnik turnusu rehabilitacyjnego nie pełnię jednocześnie funkcji członka kadry turnusu i nie jestem opiekunem innego uczestnika na turnusie.**

.....
(podpis Wnioskodawcy)

*Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271, ze zmianami).*

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

**Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. nr 230, poz. 1694), oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym nie pełnię jednocześnie funkcji członka kadry turnusu, nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, ukończyłem 18 lat, ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*.**

*właściwe zakreślić

.....
(podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)

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

# Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

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) (pieczątka i podpis lekarza)

*Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.