

WNIOSEK

data wpływu

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

(dane osoby niepełnosprawnej, wypełnia osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny)

Imię i Nazwisko

PESEL data urodzenia nr telefonu e-mail

Adres zamieszkania*)

Adres korespondencyjny

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE: **)

- A) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
- B) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I (pierwszej) II (drugiej) III (trzeciej)
- C) o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji o niezdolności do samodzielnej egzystencji
 o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy inne
- D) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

ORZECZENIE**) CZASOWE DO DNIA ORZECZENIE STAŁE

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON**)

NIE TAK (podać rok)

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej**)

NIE TAK

Jestem zatrudniony(a) (dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia**)

NIE TAK

Imię i nazwisko opiekuna:

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

Nazwisko i imię	Wiek	Pokrewieństwo	Dochód miesięczny netto
1.		WNIOSKODAWCA	
2.			
3.			

LICZBA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

(podać liczbę)

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**wynosi na osobę:**

(podać kwotę na osobę)

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizykoterapeutyczne).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 poz. 1182 z późn. zm.).

Upředzona/ly o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data.....
czytelny podpis wnioskodawcy**
(lub przedstawiciela ustawowego** / opiekuna prawnego** / pełnomocnika**)**WYPEŁNIA PCPR:** Kwoty dofinansowania:

Wnioskodawca:

Opiekun:

Data

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

*) w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**) właściwe zaznaczyć

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Nazwisko i imię wnioskodawcy

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania *)

RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI **):

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

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE **):

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

*) w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
**) właściwie zaznaczyć

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY winien być sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku,
- kopia legitymacji szkolnej (oryginał do wglądu), bądź zaświadczenie o pobieraniu nauki dla osób w wieku 16-24 lata uczących się i niepracujących,
- kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), jeśli wnioskodawca działa poprzez opiekuna prawnego,
- kserokopia dowodu osobistego (oryginał do wglądu), w przypadku „podpisu niemożliwego”.

*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego*

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres (miejsce pobytu)

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

.....

Uczulenia

.....

Przyjmowane leki (nazwa, dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

.....

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....

Przebyte choroby zakaźne - dotyczy osób do 16 r. życia

.....

Szczepienia ochronne (daty) - dotyczy osób do 16 r. życia

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)