

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko

PESEL albo nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzeniatel.

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

Posiadane orzeczenie **

- a) o stopniu niepełnosprawności: **znacznym** **umiarkowanym** **lekkim**
 b) o zaliczeniu do jednej z grup: **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 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 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.

** Właściwe zaznaczyć.

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

UWAGA! Wnioski o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym zostaną rozpatrzone po otrzymaniu przez tutejsze Centrum planu finansowego na dany rok, w którym osoba niepełnosprawna chce uczestniczyć na turnusie rehabilitacyjnym.

Do wniosku należy dołączyć ksero orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności dziecka.

Wypełnia PCPR

.....

.....

.....
(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

Adres zamieszkania*.....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- NIE
- TAK - uzasadnienie:.....
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)