

Nr sprawy

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

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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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 , wynosiłzł.

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.

Oświadczam ,że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych ,dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego , zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97r o ochronie danych osobowych / Dz.U. Nr 133, poz. 883 /

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 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"/> schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE**
- TAK - uzasadnienie**
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi :

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

Pieczczę zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

/ wypełnić nie wcześniej jak miesiąc przed wyjazdem i zabrać z sobą na turnus /

Imię i nazwisko

.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Uczulenia

.....

.....

Przyjmowane leki /nazwa i dawkowanie / zaopatrzenie ortopedyczne

.....

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....

.....

Zalecono zabiegi

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

Szczepienia ochronne /daty/ -dotyczy do 16 roku życia

.....

.....

.....

data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

OŚWIADCZENIE

opiekuna osoby niepełnosprawnej

dla PCPR w Elblągu

.....
nazwisko i imię

.....
adres zamieszkania

.....
dowód osobisty

.....
nr PESEL

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
nazwisko i imię osoby niepełnosprawnej

zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego i zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie dofinansowania do kosztów uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że jest mi wiadomym, że dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych przysługuje jeden raz w roku.

.....
czytelny podpis opiekuna

.....
data złożenia oświadczenia .

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 : oddo.....

Dane organizatora turnusu :

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)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.