

Wniosek o dofinansowanie 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 o niezdolności do samodzielnej egzystencji
d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego 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 (netto)** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wyniósłzłotych.

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.

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

OŚWIADCZENIE

o spełnianiu przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w § 4 ust. 1 pkt 2, 5 i 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2014 poz. 1937 ze zm.)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

- nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
- nie uzyskałam/łem na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu
- będę uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

OŚWIADCZENIE

o spełnianiu przez opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie warunków określonych w § 4 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694 ze zm.)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że mój opiekun na turnusie rehabilitacyjnym:

- nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończył 18 lat /ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny. *

* właściwe zaznaczyć

.....
(data i podpis składającego oświadczenie, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

OŚWIADCZENIE

o pobieraniu nauki i niewykonywaniu pracy (dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 lat)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że uczę się i nie pracuję.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Dane osobowe osoby reprezentującej Wnioskodawcę

(dotyczy osób do 18 roku życia; sądownie ubezwłasnowolnionych
lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)

Osoba reprezentująca	Przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/>
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	
PESEL	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Ustanowiona/ny opiekunem prawnym / pełnomocnikiem <input type="checkbox"/> Postanowieniem Sądu w z dnia sygn. akt <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dnia potwierdzonego przez repert. NR.....	

.....
data

.....
podpis
*przedstawiciela ustawowego**
*opiekuna prawnego**
*pełnomocnika**

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dowodu 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"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – **uzasadnienie:**
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)