

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)

OŚWIADCZENIA -TURNUSY REHABILITACYJNE

OŚWIADCZENIE

o spełnianiu przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w § 4 ust. 1 pkt 5 i 6 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:

- nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

Zobowiązuję się 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 przedstawiciela

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

Imię i Nazwisko

PESEL Numer dowodu osobistego

Adres zamieszkania.....

.....

Adres do korespondencji.....

.....

Numer telefonu : E-mail.....

Ustanowiony przedstawicielem ustawowym * / opiekunem prawnym * / pełnomocnikiem* :

postanowieniem Sadu Rejonowego :

.....

z dn.sygn. Akt* :

/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*

z dn. repet. nr

.....

data

.....

*podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika**

Wypełniamy drukowanymi literami

*niepotrzebne skreślić

.....
(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"/> choroby 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)