

Data wpływu:

Nr wniosku:

Wniosek Rehabilitacja społeczna - Turnusy Rehabilitacyjne



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA*

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO*

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym:

Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetytorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

Nazwa pola	
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ Nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
☐ Inna dysfunkcja narządu ruchu
☐ Dysfunkcja narządu wzroku
☐ Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
☐ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
☐ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
☐ Inny / jaki?

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

IMIE I NAZWISKO OPIEKUNA:

.....
 (wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PLANOWANY TERMIN UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

Nazwa pola	
PLANOWANY TERMIN WYJAZDU	

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał (trzech ostatnich miesięcy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: _____ zł.**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: _____.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy wysokością dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych a pełną kwotą za turnus rehabilitacyjny.

Upředzonym/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021 r. poz. 1023, 2054.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781).

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia**

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

* właściwe zaznaczyć.

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
2.	kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
3.	oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej (w przypadku takiej konieczności)
4.	informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego (powinno być dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania informacji o przyznaniu dofinansowania na turnus rehabilitacyjny)



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 niepełnosprawności lub dysfunkcji*

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ epilepsja
- ☐ schorzenia układu krążenia
- ☐ inne (jakie?)

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne*

- ☐ oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- ☐ oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- ☐ wózek inwalidzki
- ☐ kule łokciowe
- ☐ inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie*

- ☐ NIE
 - ☐ TAK – uzasadnienie
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe zakreślić

DANE UCZESTNIKA**DANE OPIEKUNA**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(PESEL)

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, na którym jestem opiekunem dla osoby niepełnosprawnej;
- 2) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki;
- 3) w przypadku skróceniu czasu pobytu na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innym niż losowe zobowiązuje się ponieść koszty uczestnictwa.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis opiekuna)

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)

DANE ORGANIZATORA

.....
(nazwa)

.....
(adres – ulica, kod pocztowy, miejscowość)

DANE OŚRODKA, W KTÓRYM ODBĘDZIE SIĘ TURNUS

.....
(nazwa)

.....
(adres – ulica, kod pocztowy, miejscowość)

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 społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

