

nr wniosku.....

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

Nazwisko i imię nr. tel.

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 o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d/ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehab. ze środków PFRON **

TAK (podać rok) NIE

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej ** TAK NIE

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić jeżeli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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 świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

WYPEŁNIA PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Przyjmuje do wiadomości, że:

1. Rozpatrywane będą tylko kompletne i prawidłowo wypełnione wnioski.
2. Wszelkie zmiany we wniosku oraz rezygnacje należy zgłaszać w formie pisemnej.
3. Nie można uzyskać dofinansowania za pobyt na turnusie, który już się odbył.
4. W przypadku gdy PCPR w Bolesławcu poweźmie wątpliwość odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wezwie wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich/mojego podopiecznego danych osobowych, w bazie danych PCPR w Bolesławcu, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych w związku z ubieganiem się w w/w jednostce o dofinansowanie z pieniędzy PFRON do turnusu rehabilitacyjnego.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam/ byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Ja niżej podpisany(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego* za składanie fałszywych zeznań, składam stosowane do art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
* art.233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”
4. Oświadczam, że:
 - a) wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej;
 - b) wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
 - c) będę uczestniczył(a) w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem/am;
 - d) nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
 - e) w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.

.....
miejsowość

.....
data

.....
Podpis osoby z niepełnosprawnością lub osoby uprawnionej
do składania podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kserokopię **orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Kopię **pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego** jeśli taki został ustanowiony.
3. **Akt urodzenia** lub **dokument upoważniający do pełnienia opieki** nad dzieckiem w przypadku wniosku dot. niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością.
4. **Wniosek lekarza** o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
5. **Oświadczenie opiekuna** osoby z niepełnosprawnością podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (jeżeli dotyczy).
6. W przypadku osób niepełnosprawnych w wieku od 16 do 24 lat uczących się i niepracujących: **zaświadczenie ze szkoły/ uczelni dot. pobieranej nauki.**

WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR:

Stwierdzam kompletność wniosku wraz z załącznikami.

.....

data

.....

pieczęć i podpis pracownika PCPR

Maksymalna wysokość dochodu uprawniająca do otrzymania dofinansowania w momencie złożenia wniosku do PCPR w Bolesławcu dla:

- osoby samotnej:

- osoby prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe:

Wniosek został rozpatrzony.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis pracownika PCPR

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim.

Imię i nazwisko.....
PESEL albo nr 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"/> 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:

.....
.....
.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

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

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Prosimy wypełnić czytelnie

Imię i nazwisko.....
PESEL albo numer dowodu tożsamości
Adres(miejsce pobytu).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....
.....
.....

Uczulenia

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie ortopedyczne

.....
.....
.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....
.....
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....
.....

Szczepienia ochronne (daty) - dotyczy osób do 16 roku życia

.....
.....

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Oświadczenie opiekuna osoby z niepełnosprawnością podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym

Ja, niżej podpisana/y..... legitymująca/y się dowodem osobistym seria..... numer PESEL zam.

.....
jako opiekun osoby niepełnosprawnej

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Oświadczam, że:

1. będąc opiekunem w/w osoby w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
3. ukończyłem/am 18 lat
lub
3. ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....
data

.....
czytelny podpis opiekuna

CZĘŚĆ I – 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):.....

DANE OŚRODKA W KTÓRYM ODBEDZIE SIĘ TURNUS:

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 ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)