

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

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun
prawny)

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
Numer orzeczenia:.....
- 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 rehabilitacyjnym 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, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł zł. 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.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:.....

.....

Numer telefonu:.....

Adres email:.....

Data urodzenia:.....

ustanowiony przedstawicielem*/opiekunem*/pełnomocnikiem*

.....

postanowieniem Sądu:.....

.....

z dn.....sygn. Akt* :.....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:.....

.....

z dn.repet. nr

.....
(data)

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

Informacje uzupełniające do wniosku
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:.....

Adres e-mail:.....

.....
(data)

.....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na świadomy/ma odpowiedzialności karnej, grożącej mi za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że:

1. nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat od złożenia wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,.
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał / ła się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym za pośrednictwem innego samorządu powiatowego,
3. dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocny.
4. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR nie później niż 14 dni od wystąpienia zaistniałej sytuacji.
5. Moim opiekunem/ opiekunem mojego dziecka na turnusie *będzie:

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(PESEL opiekuna)

Wyżej wymieniony opiekun:

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

Dotyczy osoby niepełnosprawne ubiegających się o turnus rehabilitacyjny w wieku 16 – 24 lat.

Oświadczam, że osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego jest:

- w wieku 16 – 24 lat uczącą się i niepracującą,*
- w wieku 16 – 24 lat uczącą się i pracującą,*
- inny wiek, nie dotyczy *

Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)

* właściwe zaznaczyć

LISTA WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 01.01.1998r. (oryginał do wglądu).
2. Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/kuratora - w przypadku gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną/niezdolną do samodzielnego złożenia wniosku.
4. Pełnomocnictwo notarialne w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.
5. Zaświadczenie o kontynuowaniu nauki w przypadku dzieci i młodzieży w wieku 16 - 24 lat.
6. Załącznik Nr 1 do wniosku.
7. Załącznik Nr 2 do wniosku.

.....
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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć