

**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 nr dokumentu tożsamości
Adres (miejsce pobytu*)
Data urodzeniatel.

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/i 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 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, 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 świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przez mnie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Śremie celem realizacji zadań określonych ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r., w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wnioski do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** właściwe zaznaczyć

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

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo nr dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

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"/> dysfunkcja układu krążenia | |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | |
| <input type="checkbox"/> inne(jakie?) | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie **

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej
** właściwe zaznaczyć