

**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*.....

Numer telefonu.....adres e-mail.....

Data urodzenia.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE ** KOPIA W ZAŁĄCZENIU

- | | | | |
|--|-----------------|---------------------|---------------|
| 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/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ** Tak Nie

IMIĘ i NAZWISKO OPIEKUNA

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym 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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą Tak Nie

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Radzynie Podlaskim, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

PCPR w Radzynie Podlaskim w dniu.....przyznało dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w wysokości: dla uczestnika, dla opiekuna.....

.....
Pieczęć PCPR podpis pracownika

- W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu,
- ** właściwe zaznaczyć,
- *** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

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 przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)*

* niepotrzebne skreślić

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA TURNUSU

Imię nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu 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

* właściwe zaznaczyć

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**:

- | | |
|---|--|
| <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"/> schorzenie układu krążenia | |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?) | |

Konieczność pobytu opiekuna j na turnusie*

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć