

## WNIOSEK

### **o dofinansowanie ze środków PFRON 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 \* .....

Data urodzenia .....

Telefon kontaktowy .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

#### **Posiadane orzeczenie\*\***

- a) o stopniu niepełnosprawności:     znacznym     umiarkowanym     lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:     I grupa     II grupa     III grupa
- c)  o całkowitej niezdolności do pracy     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

Jestem osobą uczącą się i niepracującą \*\*     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, wynosił ..... zł (netto).

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

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

.....  
*(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\* \* Właściwe zaznaczyć

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

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ełku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922).
2. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 r., poz. 2204 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.
3. Oświadczam, iż o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Ełku.
4. Oświadczam, że na dzień składania wniosku nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
5. Oświadczam, że w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłem/am/ stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**UWAGA!**

*Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.*

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Oświadczenie opiekuna /o ile dotyczy/.

**Wypełnia PCPR:**

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(podpis i pieczętka pracownika PCPR)

.....  
(pieczętka 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\*\*

- dysfunkcja narządu ruchu
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- padaczka
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?) .....

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\*

- Nie
- Tak – uzasadnienie .....

.....

.....

#### Uwagi:

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\* \* Właściwe zaznaczyć

## OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów .....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/i/ .....

wraz z opiekunem\* .....

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?) .....

w terminie od ..... do .....

w Ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym) .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków .....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej.....zł, słownie: .....

opiekuna osoby niepełnosprawnej\* .....zł, słownie: .....

Zobowiązuję się w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi\* proszę przekazać na rachunek bankowy .....

.....  
(podpis i pieczętka organizatora turnusu)

.....  
\* Niepotrzebne skreślić

*(pieczęć organizatora turnusu)*

### **Informacja o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego**

*(wypełnia organizator turnusu)*

Imię i Nazwisko uczestnika turnusu .....

Adres zamieszkania\* .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Miejsce turnusu (nazwa ośrodka i adres z kodem pocztowym) .....

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu .....

Rodzaj turnusu (jaki?) .....

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju i charakteru zajęć, w tym liczba godzin oraz uzyskane efekty) .....

.....  
*(data)*

.....  
*( imię i nazwisko oraz podpis kierownika turnusu)*

Przeprowadzono badanie lekarskie\*\*       Tak       Nie

Zastosowano zabiegi fizjoterapeutyczne       Tak       Nie

Jakie zabiegi fizjoterapeutyczne .....

Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej\*\*\*       Tak       Nie

.....  
*(data)*

.....  
*(pieczęć i podpis lekarza)*

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\* \* Właściwe zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program obejmował zajęcia

\* \*\* Opisać rolę 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 od ..... do .....

### **Dane organizatora turnusu:**

Nazwa i adres z kodem pocztowym .....

.....

.....

### **Dane ośrodka, w którym odbędzie 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 o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

---

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko .....

PESEL lub 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 i daty – dotyczy osób do 16 roku życia .....

.....

.....

.....

.....  
*data*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*

.....  
*/imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej/*

.....  
*/adres zamieszkania/*

.....  
*/dowód osobisty lub Pesel/*

## **OŚWIADCZENIE**

### **opiekuna osoby niepełnosprawnej**

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....  
*/imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/*

oświadczam, że\* :

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

.....  
*/podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej/*

---

\* Właściwe zakreślić