

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

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia Telefon

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 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 rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał (kalendarzowy) 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.***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

- orzeczenie o niepełnosprawności lub inne równoważne,
- w przypadku osoby w wieku 16-24 lata uczącej się i nie pracującej zaświadczenie ze szkoły lub kopia legitymacji szkolnej
- zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (odcinki z rent, emerytur, zaświadczenia o wynagrodzeniu, decyzje o zasiłku)

* 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 numer 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"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

PESEL albo

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)

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

