

PC.4130.

Załącznik nr 1

**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*

.....nr telefonu

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I grupy II grupy III grupy
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, wynosił

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.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzurą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bilgoraju.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.***

.....
(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)

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

Załącznik nr 2

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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe podkreślić

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

OŚWIADCZAM ŻE

w przypadku utraty ważności orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego mojego/ mojego dziecka/ mojego podopiecznego dołączę do wniosku nowe orzeczenie niezwłocznie po jego otrzymaniu.

W przypadku nie dostarczenia w/w orzeczenia wniosek zostanie rozpatrzony negatywnie.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem opiekunem Pani/a*;
dziecka*
zam. na turnusie
rehabilitacyjnym oraz, że jako opiekun:

- nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończyłem/am 18 lat* mam ukończone 16 lat* i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej

.....
podpis opiekuna

***właściwe podkreślić**