

Wniosek

data wpływu

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

(dane osoby niepełnosprawnej, wypełnia osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny)

Imię i Nazwisko.....

PESELdata urodzenianr telefonu

Adres zamieszkania *

Adres korespondencyjny

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE:**

A) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim

B) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I (pierwszej) ☐ II (drugiej) ☐ III (trzeciej)

C) ☐ o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ☐ o niezdolności do samodzielnej egzystencji

☐ o całkowitej ☐ o częściowej niezdolności do pracy ☐ inne

D) ☐ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

ORZECZENIE ** CZASOWE ☐ DO DNIA, ORZECZENIE STAŁE ☐

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON **

NIE ☐ TAK ☐ podać rok.....

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej**

NIE ☐ TAK ☐

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

Nazwisko i imię	Wiek	Pokrewieństwo	Dochód miesięczny netto
1.			
2.			
3.			

LICZBA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM :

(podać liczbę)

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 wynosi na osobę :

(podać kwotę na osobę)

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizykoterapeutyczne).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2002 Nr 101,poz.926 z późn.zm.)

Upředziona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

data

czytelny podpis wnioskodawcy**
(lub przedstawiciela ustawowego** /opiekuna prawnego** /pełnomocnika**)

WYPEŁNIA PCPR: Kwoty dofinansowania:

Wnioskodawca:

Opiekun:

Data.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(UWAGA: WYPEŁNIA OPIEKUN jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie **)**

Imię i Nazwisko.....

PESEL **nr. telefonu**

Adres zamieszkania nr kodu miejscowość

ulica nr domu nr lokalu

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 Kodeksu Karnego, w związku z art. 75kpa)

1. Oświadczam, że będę opiekunem osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym.
2. Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadr na turnusie.
3. Jestem osobą pełnoletnią *
lub
ukończyłam(em) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym z osobą niepełnosprawną członkiem rodziny*
4. Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego jako osoba niepełnosprawna oraz nie ubiegam się o takie dofinansowanie.
5. Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 123 poz. 883)

.....
data

.....
podpis opiekuna

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY winien być sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku,
- kopia legitymacji szkolnej (oryginał do wglądu), bądź zaświadczenie o pobieraniu nauki dla osób w wieku 16-24 lata uczących się i niepracujących,
- kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), jeśli wnioskodawca działa poprzez opiekuna prawnego,
- kserokopia dowodu osobistego (oryginał do wglądu), w przypadku „podpisu niemożliwego”.

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Nazwisko i imię wnioskodawcy

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI **

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

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie

UWAGI:

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

.....
* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres (miejsce pobytu).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje.....

.....

.....

Uczulenia.....

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne.....

.....

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych.....

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 r. życia.....

.....

.....

szczepienia ochronne (daty) dotyczy osób do 16 r. życia.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza