

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

PESEL lub numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu).....

Numer telefonu

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie

Posiadane orzeczenie: (należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia

potwierdzającego niepełnosprawność). (podkreśl właściwe):

a. o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

b. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich I II III

c. o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym niezdolności do samodzielnej egzystencji

d. o niepełnosprawności dla 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, nazwisko opiekuna , adres

(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 poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Wynosił zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Nie posiadam zaległości wobec PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Niniejszym oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom (-a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. (art. 233 KK § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.)

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Jednocześnie oświadczam, że na turnusie nie będę pełnił (-a) funkcji członka kadry.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000).

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Pieczęć ZOZ
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię, nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji** (podkreśl właściwe):

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja słuchu dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroba psychiczna epilepsja
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?)

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne** (podkreśl właściwe):

- oprotezowanie/ zaaparowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- oprotezowanie/ zaaparowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie?)

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym** (podkreśl właściwe):

- Nie
- Tak- **uzasadnienie**.....
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania).....

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....
data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

CZEŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku dziecka rodzice, bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL

Adres

Rodzaj turnusu termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu :

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

Nazwa Ośrodka, adres(z kodem pocztowym).....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

CZEŚĆ II – 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/Pani

wraz z opiekunem**

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

W terminie od do

W ośrodku (nazwa i adres)

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity koszt turnusu dla:

Osoby niepełnosprawnej zł , słownie

.....

Opiekuna osoby niepełnosprawnej ** zł słownie

.....

Zobowiązuję się, nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”. Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia q 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 konto PCPR.

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

Nazwa banku oddział nr

.....

.....
Podpis i pieczęć

* Obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004r.

** Niepotrzebne skreślić

Pieczęć ZOZ
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA
(należy wypełnić nie wcześniej niż trzy m-ce przed turnusem)

Imię i nazwisko
PESEL.....
Adres zamieszkania*

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

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy):

.....

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

Przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Piastowskiej 33a w Nysie, w celach związanych z realizacją wniosku dotyczącego dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ustawą o ochronie danych osobowych.

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach , gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru telefonu jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

.....

podpis wnioskodawcy

.....
imię i nazwisko

.....dnia.....

.....
adres zamieszkania

.....

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

(UWAGA: WYPEŁNIA OPIEKUN jeżeli lekarz we wniosku lekarskim uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie).

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawidłowych danych (art.233KK) oświadczam, że podejmuję się opieki (kogo).....
na turnusie rehabilitacyjnym. Jednocześnie oświadczam, że:

- na tym turnusie nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończyłem(am) 18 lat lub
- ukończyłem(am) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....
czytelny podpis opiekuna