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 * .....
.....
Data urodzenia .....
Numer telefonu .....
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 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.
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. ***

....
(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 P CPR) *(pieczęć PCPR i podpis pracownika)*

Załącznik nr 2

.....
(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 **

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE
TAK – uzasadnienie .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....
.....

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

....
(data) *(pieczątka i podpis lekarza)*

Załącznik nr 3

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) *(czytelny podpis wnioskodawcy)*

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(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 z kodem pocztowym) .....
.....
.....
Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków .....
Całkowity koszt turnusu dla:
osoby niepełnosprawnej ..... zł, słownie zł .....
opiekuna osoby niepełnosprawnej * ..... zł, słownie zł .....

Zobowiązuje 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 zobowiązuje 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: .....

....
(data) *(pieczęć i czytelny podpis organizatora)*

* Niepotrzebne skreślić