

Nr wniosku.....
Data wpływu.....
Wniosek przyjął.....

**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 tożsamościtel.
Adres zamieszkania*
Data urodzeniaPlanowany 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(-łam) 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.

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności-oryginał do wglądu.
2. Kopia aktualnego dowodu osobistego wnioskodawcy i opiekuna (jeżeli jego obecność jest konieczna)-oryginał do wglądu.
3. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (dot. osób niepracujących w wieku 16-24 lat)
4. Zaświadczenie o stanie zdrowia.

Wypełnia PCPR

Informacja o rozpatrzeniu wniosku

Po rozpatrzeniu wniosku Pana/i.....

Nie przyznano/przyznano Panu/i dofinansowanie(a) w wysokości.....

Nie przyznano/przyznano Opiekunowi dofinansowanie(a) w wysokości.....

.....
Data

.....
pieczętka i podpis kierownika PCPR

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
.....
Rodzaj turnusu
termin: 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 finansowych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Zwoleniu, dla potrzeb wynikających z realizacji zadań z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 Nr 133 poz. 883 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawny (art.233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. Nr 88 poz. 533 z p. zm.), „Kto składając zeznanie mające służyć jako 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”).
3. Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
4. W przypadku gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
5. W przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuje się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować PCPR w ciągu 14 dni.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

.....
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*

* niepotrzebne skreślić

.....
(imię i nazwisko przyjmującego wniosek)

Dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228 poz. 2255 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
Lub zakładu lekarskiego

Zaświadczenie o stanie zdrowia

Imię i nazwisko.....
PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....
Adres.....

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

