**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko ..............................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ........................

Adres (miejsce pobytu\*) ......................................

Data urodzenia ...............................................

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ....

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

POSIADANE ORZECZENIE \*\*

a) o stopniu niepełnosprawności

Znacznym Umiarkowanym Lekkim

I II III

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów

c) o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy (niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym) i 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych,pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek, wynosił .............. zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ........

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz.

1271).

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

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wypełnia PCPR

**................ .................................**

**Data wpływu wniosku do PCPR Pieczęć PCPR i podpis pracownika**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

Załącznik nr 1

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko ............................................................................................................................

Data urodzenia ...................................... Dokument tożsamości ..................................................

Adres stałego zameldowania ........................................................................................................

Adres tymczasowego zameldowania ...........................................................................................

Rodzaj schorzenia\*:

ٱ choroby psychiczne ٱ narząd wzroku ٱ układ krążenia

ٱ choroby neurologiczne ٱ narząd słuchu ٱ układ oddechowy

ٱ upośledzenie umysłowe ٱ układ ruchu ٱ inne

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:

ٱ oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)\*

ٱ oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)\*

ٱ wózek inwalidzki ٱ kule łokciowe ٱ inne ....................................................................

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:

ٱ Nie

ٱ Tak – uzasadnienie ...................................................................................................................

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

# Przewidywany czas trwania turnusu.............................................................................................

Wskazany rodzaj turnusu:

Ogólnousprawniający ٱ

Specjalistyczny: ٱ rekreacyjo-sportowy ٱ nauka funkcjonowania ٱ szkoleniowy

z niepełnosprawnością

ٱ psychoterapeutyczny ٱ rozwijający uzdolnienia ٱ inny .....................

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

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

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

Uzasadnienie wniosku:

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

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

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

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

Podpis i pieczęć lekarza

Data

..

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**Informacja o stanie zdrowia**

Imię i nazwisko .............................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .......................

Adres (miejsce pobytu\*) .....................................

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) (pieczątka i podpis lekarza)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.