

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

PESEL data urodzenia nr telefonu E- mail

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

Jestem zatrudniony(a)(dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia) ** 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.		WNIOSKODAWCA	
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(t.j.Dz.U.2016 poz 922.)

Upředzona/o o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j.Dz. U 2016 poz.1137.) 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)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

...../...../.....
nazwisko imię data urodzenia

nr PESEL

Adres zamieszkania nr kodu-..... miejscowość

ulica nr domunr lokalu

ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. ... repet. nr)

.....
data podpis przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*

*niepotrzebne skreślić

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 domunr 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 (t.j.Dz.U.2016 poz.922)

.....
data podpis opiekuna

.....
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 **

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> 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

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”.

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

