

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

Informacje ogólne

Do wniosku załącza się ksero orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej. Wypełniony przez osobę zainteresowaną oraz lekarza ogólnego wniosek należy złożyć w sekretariacie Powiatowego Centrum Pomocy rodzinie w Pucku.

Kwoty dofinansowania: (stan na dzień 30.06.2005)

Stopień niepełnosprawności	Kwota dofinansowania
Znaczny (I grupa)	652,00 zł
Umiarkowany (II grupa)	604,00 zł
Lekki (III grupa)	556,00 zł
Opiekun	435,00 zł

Zaświadczenia lekarskie są ważne trzy miesiące od daty ich wystawienia.

Załączniki do wniosków:

- załącznik 1 – Informacja o stanie zdrowia
- załącznik 2 – Wniosek o przyznanie dofinansowania do uczestnictwa w Turnusie Rehabilitacyjnym
- załącznik 3 – Wniosek lekarski o skierowanie do uczestnictwa w Turnusie Rehabilitacyjnym
- załącznik 4 – Informacja o turnusie oraz oświadczenie organizatora turnusu

.....
 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 pieczętka i podpis lekarza

.....
 * wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

**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**

- o stopniu niepełnosprawności : ☐ **Znacznym** ☐ **Umiarkowanym** ☐ **Lekkim**
- o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich: ☐ **I (pierwszej)** ☐ **II (Drugiej)** ☐ **III (trzeciej)**
- ☐ **o całkowitej niezdolności do pracy** ☐ **o częściowej niezdolności do pracy**
- ☐ **o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym**
- ☐ **niezdolności do samodzielnej egzystencji** ☐ **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 podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek,

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

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)

.....
(Miejscowość / data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR Puck:

.....
data wpływu wniosku do PCPR / pieczęć PCPR / podpis pracownika PCPR

*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwe zaznaczyć

.....
 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu ☐ upośledzenie umysłowe ☐ Dysfunkcja narządu słuchu
☐ choroba psychiczna ☐ Dysfunkcja narządu wzroku ☐ epilepsja ☐ Schorzenia układu krążenia
☐ Inne (jakie?)

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

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

Konieczność pobytu opiekuna a turnusie**

☐ Nie ☐ Tak (uzasadnić)

uzasadnienie:.....

.....

.....

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....

.....

Uzasadnienia wniosku:

.....

.....

.....
 data, pieczęć i podpis lekarza

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwe zaznaczyć

CZĘŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu

Adres (miejsce pobytu*)

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 powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub systemie ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
Miejscowość, data oraz czytelny podpis wnioskodawcy

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

CZĘŚĆ 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 uczestnictwa 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 zł

..... opiekuna osoby niepełnosprawnej** zł, słownie zł

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 w 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 do 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

numer konta

* obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004r.

** niepotrzebne skreślić

.....
data, pieczęć, czytelny podpis organizatora