

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

Nr 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 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 w zakładzie pracy chronionej** Tak Nie

Opiekun (wypełnić jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

Imię nazwisko PESEL

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, wynosiłzł.

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

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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 z późn.zm.).

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia”***

.....
Data

.....
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 PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres (miejsce pobytu*).....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- epilepsja narząd wzroku układ krążenia
 upośledzenia umysłowe narząd słuchu
 choroby psychiczne narządu ruchu
 inne (jakie?).....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

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

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym**

- Nie
 Tak- uzasadnienie.....
.....
.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

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

Uzasadnienie wniosku

.....
.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

** Właściwe zakreślić

Do wniosku należy załączyć:

1. Kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności
2. W przypadku osób między 18 a 24 rokiem życia dokument potwierdzający kontynuowanie nauki

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok przez Radę Powiatu.

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Data Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
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)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

CZĘŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

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

ZWROT DO PCPR W CIĄGU 30 DNI

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania.....

Rodzaj turnusu..... termin : oddo

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 o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników .

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

CZĘŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów* (**Dołączyć kserokopię wpisu do rejestru**)

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani

wraz z opiekunem**

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?).....

w terminie od.....do.....

w ośrodka (nazwa i adres).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków (**Dołączyć kserokopię 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 zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku.....oddział.....nr.....

Faktura określająca pełny koszt turnusu winna być wystawiona na osobę niepełnosprawną uczestniczącą w turnusie, a w przypadku dzieci na opiekuna prawnego (z podaniem w treści imienia i nazwiska oraz PESEL-u dziecka). Z treści faktury powinien wynikać podział na wpłatę własną uczestnika oraz wysokość dofinansowania realizowaną przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie, Aleje 1 Maja 9. Oryginał faktury winien otrzymać uczestnik natomiast uwierzytelnioną kopię PCPR.

.....
(data)

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

* Obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004r.

** Niepotrzebne skreślić