

Numer kolejny wniosku ...../2017

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

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

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

Numer telefonu .....

Data urodzenia.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

- |   |          |              |            |
|---|----------|--------------|------------|
| a) o stopniu niepełnosprawności   | Znacznym | Umiarkowanym | Lekkim     |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  | <b>I</b> | <b>II</b>    | <b>III</b> |
| c) o całkowitej /o częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym<br>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.....PESEL.....  
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**Orzeczenie ważne jest do...../na stałe\*\***

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny (**netto**), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał**

**poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł..... 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).

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom (a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Wypełnia PCPR**

...../2017  
Data wpływu wniosku do PCPR

.....  
Podpis pracownika przyjmującego wniosek

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia   **TAK   NIE**

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kopię aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (**oryginał do wglądu**).
2. Wniosek lekarza na turnus rehabilitacyjny wydany przez lekarza, pod opieką którego znajduje się osoba niepełnosprawna (**oryginał + kopia**).
3. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopie pełnomocnictwa lub postanowienie sadu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**).
4. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i nie pracujących w wieku 16-24 lat posiadających inny niż znaczny stopień niepełnosprawności, do wniosku należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.
5. Wypełniony czytelnie załącznik do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym "Sytuacja społeczna osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych".

.....  
(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\*\*

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

.....

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE  
 TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

### Uwagi:

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

### 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)

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY  
W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA** (rodzic, opiekun prawny)

**1. Imię i nazwisko** .....

**PESEL**.....

**2. Opis sytuacji społecznej:**

- a) sytuacja zawodowa .....
- b) jak niepełnosprawność wpływa na sposób zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych i społecznych.....  
.....  
.....
- c) kontakty ze środowiskiem, innymi osobami .....
  
.....  
.....

**3. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:**

- a) wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: tak nie\*
- b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych w tym kształtowanie umiejętności porozumiewania się z innymi, współdziałania w grupie: tak nie\*
- c) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: tak nie\*
- d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury: tak nie\*
- e) realizacja i rozwijanie zainteresowań: tak nie\*
- f) rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji: tak nie\*

\* właściwe zakreślić

.....  
data i podpis wnioskodawcy

**WYPEŁNIA pracownik PCPR-u** \* właściwe zakreślić

**Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany, inne**

**(jakie?)\***.....

**Inowrocław, dnia** ..... **Podpis pracownika socjalnego** .....