

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

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

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Telefon.....

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) € 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 uznał konieczność pobytu opiekuna)

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, wynosił..... zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. ***

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

UWAGA! Wraz z wypełnionym wnioskiem należy przedłożyć kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności. (Oryginał do wglądu)

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**Właściwie 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 lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

dysfunkcja narządu ruchu	dysfunkcja narządu słuchu
osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	upośledzenie umysłowe
dysfunkcja narządu wzroku	padaczka
choroba psychiczna	inne (jakie?)
schorzenie układu krążenia

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

NIE

TAK – uzasadnienie

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

Uwagi:

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

*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
**właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)