

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

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

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Należy dołączyć kopię posiadanego dowodu osobistego (oryginał do wglądu).

Adres zamieszkania*

Data urodzenia Telefon.....

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 o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Należy dołączyć kopię posiadanego orzeczenia (oryginał orzeczenia do wglądu).

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)

UWAGA! Opiekunem osoby niepełnosprawnej może być osoba, która ukończyła 18 lat, albo osoba, która ukończyła 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej jeżeli nie pełni funkcji członka kadry na danym turnusie i nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, wynosił

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Należy dołączyć zaświadczenie o dochodzie netto z zakładu pracy lub odcinki renty, emerytury itp. wszystkich członków rodziny.

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

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

Oświadczam, że nie będę korzystał(a) z dofinansowania ze środków PFRON, jako opiekun osoby niepełnosprawnej na tym turnusie rehabilitacyjnym, ani nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na tym turnusie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dotyczących stanu mojego zdrowia w bazie danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* **W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.**

** **Właściwie zaznaczyć.**

*** **Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.**

Wypełnia MOPS

.....
(data wpływu wniosku do MOPS)

.....
(pieczęć MOPS i podpis pracownika)

**WNIOSEK W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ
POD KTÓREGO OPIEKĄ ZNAJDUJE SIĘ OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA**

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 narządy 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** osoba wymaga opieki na turnusie – wyraźne uzasadnienie konieczności opiekuna

Uwagi:

- * W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)