

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania \*.....

.....

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 świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

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

*/ INFORMACJĘ O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO należy przekazać do PCPR w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego./*

## OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Niniejszym oświadczam, że nie jestem członkiem kadry, ani opiekunem innej osoby niepełnosprawnej na turnusie, do którego wnioskuję o dofinansowanie.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis)

Tel. ....

.....  
imię, nazwisko opiekuna - data urodzenia

.....  
Adres, telefon

Będę opiekunem na turnusie rehabilitacyjnym dla: .....

### **OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Niniejszym oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby i nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, na którym jestem opiekunem dla osoby niepełnosprawnej.

**Oświadczam również, że mam ukończone 18 lat / mam ukończone 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.\***

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis opiekuna)

\*Właściwie zaznaczyć

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....  
PESEL .....  
Adres zamieszkania .....

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

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\* ważna 3 miesiące po wypełnieniu

# OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(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 z kodem pocztowym) .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków.....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej..... zł, słownie zł.....

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

**Zobowiązuje się, w terminie 21 dni od dnia zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzeniu w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuje się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.**

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

.....  
(data)

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

\* Niepotrzebne skreślić.