

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 rehabilitacyjnego

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.

.....

(miejscowość, 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.*

.....
(miejscowość, 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