

**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
Numer telefonu:.....
Adres e-mail:.....
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
Numer orzeczenia:
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

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 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. ***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię orzeczenia równoważnego.
2. W przypadku dzieci i młodzieży niepełnosprawnej (do 16 roku życia) aktualną kopię orzeczenia o niepełnosprawności.
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
4. Osoby w wieku 16-24 l. uczące się, niepracujące – zaświadczenie ze szkoły/uczelni potwierdzające statut ucznia/studenta.

**Informacje uzupełniające do wniosku
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby
ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

postanowieniem Sądu Rejonowego:

z dn..... sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

z dn..... repet. nr

.....
data

.....
podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

.....
(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

dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

padaczka

schorzenia układ krążenia

inne (jakie?).....

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

Nie

Tak – uzasadnienie

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)