

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

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *

Data urodzenia.....Nr telefonu

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 | | | |

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

Niniejszym 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

** właściwe zaznaczyć

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

WYPEŁNIA PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o:

- obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych;
- składek z tytułu ubezpieczeń: społecznego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych;
- kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób;
-

podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym **za kwartał poprzedzający miesiąc**

w którym składany jest wniosek. wynosił zł.

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

IMIĘ I NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z WNIOSKODAWCĄ	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD
	Wnioskodawca	
Razem		

Zgodnie z art. 75 KPA, uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 KK za fałszowanie zeznań, **prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Zostałem/am poinformowany/a że w przypadku:

- skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe osoba niepełnosprawna ponosi koszty pobytu na tym turnusie
- skrócenia pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie z przyczyn innych niż losowe opiekun ponosi koszty pobytu na tym turnusie

.....
Podpis Wnioskodawcy

W załączeniu:

- a) kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dzieci i młodzieży niepełnosprawnej zaświadczenie o pobieraniu zasiłku pielęgnacyjnego przez rodzica / opiekuna dziecka niepełnosprawnego,

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 | ☐ dysfunkcja narządu wzroku |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku | | |
| ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ choroba psychiczna | ☐ padaczka |
| ☐ schorzenia układu krążenia | | |
| ☐ inne (jakie?)..... | | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ Nie
- ☐ **Tak – uzasadnienie**.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie o stanie zdrowia

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu *).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje.....

.....

.....

.....

Uczulenia.....

.....

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie),

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

-
- Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej