

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU – TURNUSY REHABILITACYJNE

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - os. dorosłe lub orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób do 16 – go roku życia lub dokument równoważny (oryginał do wglądu),
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna),
3. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16 - 24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki,
4. Zaświadczenie o zatrudnieniu bądź o rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu (o ile dotyczy),
5. Oświadczenia przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika (o ile dotyczy),
6. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć pełnomocnictwo lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
7. Podpisaną klauzulę informacyjną RODO.

INFORMACJE W SPRAWIE DOFINANSOWANIA

ZE ŚRODKÓW PFRON UDZIELA

PUNKT OBSŁUGI INTERESANTA

POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 22, POKÓJ NR 0.21

TEL. 41 249 94 19

**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
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.

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

(data)

*(podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)*

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data)

(podpis)

* niepotrzebne skreślić

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Klauzula RODO

Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługujących osobom fizycznym, dostępne są pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

.....
(data i czytelny podpis)