**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 ................................................................. Telefon ………………………………………….………………………………………………………  Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .........................................................................................................  **POSIADANE ORZECZENIE\*\***:   1. o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim 2. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I II III 3. o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy   o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji   1. o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia   Korzystałem(am) z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego 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 *(netto)*** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł ....................................................................złotych.  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**

o spełnianiu przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w § 4 ust. 1 pkt 2, 5 i 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych *(Dz. U. z 2014 poz. 1937 ze zm.)*

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej ......................................................................................

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

* nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
* nie uzyskałam/łem na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu
* będę uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę.

……………….………………......................................................................

(data i podpis składającego oświadczenie, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**OŚWIADCZENIE**

o spełnianiu przez opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie warunków określonych w § 4 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych   
*(Dz. U. Nr 230 poz. 1694 ze zm.)*

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej......................................................................................

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że mój opiekun na turnusie rehabilitacyjnym:

* nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
* nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
* ukończył 18 lat /ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny. \*

\* właściwe zaznaczyć

……………….………………......................................................................

(data i podpis składającego oświadczenie, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**OŚWIADCZENIE**

o pobieraniu nauki i niewykonywaniu pracy *(dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 lat)*

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej..............................................................................................

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam , że uczę się i nie pracuję.

……………….………………......................................................................

(data i podpis składającego oświadczenie, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**Dane osobowe osoby reprezentującej Wnioskodawcę**

*(dotyczy osób do 18 roku życia; sądownie ubezwłasnowolnionych*

*lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba reprezentująca** | Przedstawiciel ustawowy Opiekun prawny Pełnomocnik |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **PESEL** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Ustanowiona/ny opiekunem prawnym / pełnomocnikiem**  Postanowieniem Sądu w ……………………………………………………………………………………………………..  z dnia ……………………………………………………… sygn. akt ……………………………………………………………..  na mocy pełnomocnictwa z dnia …………………………………………………………………………………………..  potwierdzonego przez …………………………………….……………………………………………………………………….  repert. 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 dowodu tożsamości .……………………………………………………………………………………..…………………  Adres zamieszkania\* ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  .………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….  **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**\*\*  □ dysfunkcja narządu ruchu □ dysfunkcja narządu słuchu  □ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim □ upośledzenie umysłowe  □ dysfunkcja narządu wzroku □ padaczka  □ choroba psychiczna □ inne (jakie?) …………………………………  □ schorzenie układu krążenia ………………………………………………  **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**  □ Nie  **□** Tak – ***uzasadnienie***:…………………………………………………………………………………………………………………………………….… …………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………….……………...…….………….………....…………………………………………..…………………………………………………………………………………..…………………….………………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………..…………….  **Uwagi:**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………....………………………………….…………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  \* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.  \*\* Właściwe zaznaczyć.    ...................................... ……………………………………………………………………...  (data) (pieczątka i podpis lekarza) |