

Nr sprawy:

wypełnia PCPR

WNIOSK

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

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice bądź opiekun prawny)

pieczęćka wpływu wniosku

CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

1. Nazwisko	2. Imię	3. Numer PESEL
4. Seria i numer dowodu osobistego	5. Data urodzenia	6. Nr telefonu
7. Adres zamieszkania**		
8. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA (dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)

9. Osoba reprezentująca wnioskodawcę* Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/>		
10. Nazwisko	11. Imię	12. Numer PESEL
13. Seria i numer dowodu osobistego	14. Organ wydający dowód osobisty	15. Data wydania dowodu osobistego
16. Adres zamieszkania		
Nr telefonu:		
17. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
18. Ustanowiona/y opiekunem / pełnomocnikiem* <input type="checkbox"/> Postanowieniem Sądu w z dnia sygn. akt <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dnia potwierdzonego przez repert. NR		

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaczny	umiarkowany	lekki	osoby niepełnosprawne do lat 16

II. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić x w odpowiednim miejscu)

dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	<input type="checkbox"/>
inna dysfunkcja narządów ruchu	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów wzroku	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	<input type="checkbox"/>
deficyt rozwojowy	<input type="checkbox"/>
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>

III. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić x w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/> zatrudniony / <input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą*	<input type="checkbox"/>
młodzież od lat 16 do 24, ucząca się i nie pracująca	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy / <input type="checkbox"/> rencista poszukujący pracy*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rencista / <input type="checkbox"/> emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
dzieci i młodzież do lat 16	<input type="checkbox"/>

IV. JESTEM ZATRUDNIONY/NA W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ TAK NIE*

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PFRON DO DOFINANSOWANIA UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

nie korzystałem/am	<input type="checkbox"/>
korzystałem/am (podać rok)	

VI. INFORMACJA O OPIEKUNIE UBIEGAJĄCYM SIĘ O DOFINANSOWANIE DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM (Wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

imię i nazwisko	
czy jest osobą niepełnosprawną? jeżeli tak, podać stopień niepełnosprawności	
data urodzenia	

VII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

lp	nazwisko i imię	dochód netto	źródło dochodu
1			
2			
3			
4			
5			
Razem			xxx

Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

wynosizłotych.

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

nazwa załącznika	załączono do wniosku (podać liczbę załączników)
kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednika wnioskodawcy	
zaświadczenie o uczeniu się w przypadku dzieci i młodzieży w wieku od 16-24 lat	
inne załączniki (należy wymienić)	

CZĘŚĆ B: INFORMACJE KOŃCOWE

1. *Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na wybranym turnusie rehabilitacyjnym i nie będę opiekunem innej osoby niepełnosprawnej na tym turnusie.*
2. *Oświadczam, że opiekun nie będzie pełnił funkcji członka kadry na wybranym turnusie rehabilitacyjnym i nie będzie opiekunem innej osoby na tym turnusie.*
3. *Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. ****

*Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Siemiatyczach, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku O ochronie danych osobowych.

* Właściwie zaznaczyć.

** W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

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

.....
czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku.

Poinformowałem o niekompletności dokumentów we wniosku.

.....
pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, data

.....

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**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> choroby układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak –uzasadnienie
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć