

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

Imię i nazwisko.....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres (miejsce pobytu*).....
Numer 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 i 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, 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

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, póź. 926 i Nr 153, póź. 1271).

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

.....

.....

Data wpływu wniosku do PCPR

Pieczęć PCPR i podpis pracownika

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

** Właściwe zaznaczyć.



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu
 lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu*).....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroba psychiczna epilepsja
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?).....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

- oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- Nie
- Tak - uzasadnienie

.....**Zalecenia**

(wskazania i przeciwwskazania):

.....

.....**Uzas**

adnienie wniosku:

.....

.....
 (data)

.....
 (pieczęćka i podpis lekarza)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

** Właściwie zaznaczyć.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu
lekarzkiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

Choroby współistniejące, przebyte operacje

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

Uczule

nia

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

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

Przebyte choroby zakaźne - dotyczy osób do 16 roku życia

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

Szczepienia ochronne (daty) - dotyczy osób do 16 roku życia

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej