

Nr sprawy: .....



Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Koninie

## 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: .....

Adres zamieszkania:\* .....

Data urodzenia: .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym: .....

Nr telefonu ..... Adres e-mail.....

#### 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

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)

## WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*).....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*

epilepsja  narząd wzroku  układ krążenia

upośledzenia umysłowe  narząd słuchu

choroby psychiczne  narządu ruchu

inne

(jakie?).....

### Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:\*\*

oprotezowanie /zaaparowanie kończyn górnych (jednostronne , obustronne )

oprotezowanie / zaaparowanie kończyn dolnych (jednostronne , obustronne)

wózek inwalidzki  kule łokciowe  inne

(jakie?).....

### Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym\*\*

Nie

Tak-

uzasadnienie.....

.....

.....

### Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania )

.....

.....

.....

### Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

---

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

\*\* Właściwe zakreślić

### **Do wniosku należy załączyć:**

1. Kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności
2. W przypadku osób między 18 a 24 rokiem życia dokument potwierdzający kontynuowanie nauki

## O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą Dz.U. 2019 poz. 1781 z 30.08.2019 o ochronie danych osobowych.

.....  
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania

.....  
data i podpis osoby zainteresowanej

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego przez Radę Powiatu.

.....  
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....  
Data Podpis osoby składającej oświadczenie

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL : .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*:

.....

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

.....

z dn. .... sygn. Akt\*:

.....

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*:

.....

.....

z dn. .... repet. Nr.....

.....

data

.....

podpis  
przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## Informacja 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), 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.

## CZEŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

### ZWROT DO PCPR W CIĄGU 30 DNI

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj turnusu..... termin : od .....do .....

#### Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym).....

#### Dane ośrodka , w którym odbędzie się turnus :

Nazwa i adres (z kodem pocztowym) .....

**Oświadczam , że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników .**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

## CZEŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów\* **(Dołączyć kserokopię wpisu do rejestru)**

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani .....

wraz z opiekunem\*\* .....

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?).....

w terminie od.....do.....

w ośrodka (nazwa i adres).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków **(Dołączyć kserokopię wpisu do rejestru ośrodków)**

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej.....zł, słownie zł.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej\*\*.....zł, słownie zł.....

**Zobowiązuję się, nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”. Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.**

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi\* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku.....oddział.....nr.....

Faktura określająca pełny koszt turnusu winna być wystawiona na osobę niepełnosprawną uczestniczącą w turnusie, a w przypadku dzieci na opiekuna prawnego (z podaniem w treści imienia i nazwiska oraz PESEL-u dziecka). Z treści faktury powinien wynikać podział na wpłatę własną uczestnika oraz wysokość dofinansowania realizowaną przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie, Aleje 1 Maja 9. Oryginał faktury winien otrzymać uczestnik natomiast uwierzytelnioną kopię PCPR.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

\* Obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004r.

\*\* Niepotrzebne skreślić