

**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 data urodzenia
Adres zamieszkania
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 ☐☐ 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)

Opiekunem osoby niepełnosprawnej może być osoba, która ukończyła 18 lat, albo osoba która ukończyła 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej jeżeli nie pełni funkcji członka kadry na danym turnusie i nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób wynosi złotych. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi co w przeliczeniu na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym dochód wynosi złotych.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku złożonym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu na potrzeby realizacji wniosku.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej o zakresie ochrony danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu oraz znam przysługujące mi prawa.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dziecka kopia orzeczenia o niepełnosprawności
2. Zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu)
3. Zaświadczenie/Postanowienie sądu dot. ustanowienia opiekuna prawnego dla osoby niepełnosprawnej lub pełnomocnictwo (jeśli dotyczy)

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)