**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 ………………………………………………………………………………………... 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 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, obliczonym 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 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)

...…………………………………… (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) (pieczątka i podpis lekarza)

# INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu …………………………………………………………………...

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ………………………………………………………......

Adres zamieszkania\* ....……………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………… Rodzaj turnusu ...……………………………………………………………………………………… Termin turnusu: 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 świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

…………………………………… ……………………………………. (data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

# OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………… Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusu ……………………………………. Potwierdzam możliwość uczestnictwa Pana/ Pani……………………………………………………. wraz z opiekunem\*

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

w terminie od …………….. do……………..

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym)………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………… Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków …………………………………………………. Całkowity koszt turnusu dla:

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

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

# Zobowiązuję się , w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przesłać do właściwego PCPR „ Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub 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 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.

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

……………………… ……….………………………………….

(data) (pieczęć i czytelny podpis organizatora)

 Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego

OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego
i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L.
z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm.) w celu realizacji niniejszego wniosku, udzielenia wsparcia, kontroli, sprawozdawczości oraz na wystąpienie do innych podmiotów w ramach postepowania zainicjowanego niniejszym wnioskiem, w celu uzyskania moich danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia postepowania.

…………………………….. ………………………………….

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy/

przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 ze zm.) oświadczam, że podane we wniosku oraz załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

…………………………….. ………………………………….

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy/

przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

Do wniosku należy dołączyć **kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

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

Imię i nazwisko: ............................................................................................................................

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: ....................................................................................

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\*