

Wypełnia PCPR

nr wniosku/TR/2016

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

**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*

.....TEL.....

Rodzaj turnusu

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 całkowitej niezdolności do pracy,
 o niezdolności do pracy w gosp. 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)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.
*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Pruszków, dnia.....

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania
.....

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:

1. 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, wynosiłzł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
2. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***
3. Oświadczam, że w przypadku konieczności pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym, mój opiekun:
 - a) Nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie.
 - b) Nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
 - c) Ukończył 18 lat lub ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
4. Zamieszkuję na terenie Powiatu Pruszkowskiego i w bieżącym roku nie ubiegam się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego w innym powiecie.
5. Zostałem(am) poinformowany(a), iż ze środków Funduszu nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym finansowanym w części lub w całości na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznych rolników.
6. W przypadku podania informacji budzących wątpliwość, wyrażam zgodę na sprawdzenie danych zawartych we wniosku przez pracownika PCPR.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w moim wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu decyzyjnego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).
8. Stosownie do art. 75 § 2 KPA, świadom(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, który brzmi: „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, **oświadczam że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.** Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 06.06.1997 r. K.K. (Dz. U. 1997 r. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego/
Opiekuna prawnego/Pelnomocnika składającego oświadczenia)

.....
(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 schorzeń lub dysfunkcji**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządy 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"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK -uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)