

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 **

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
Numer orzeczenia:
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.

** Właściwe zaznaczyć.

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

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

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

.....
(data)

.....
(podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)

Informacje uzupełniające do wniosku
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data) (podpis)

* niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.). Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. Urz. UE L 119, s. 1) zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony moich danych osobowych.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany zamieszkały w

.....
Legitymujący się dowodem osobistym nr PESEL

1. Oświadczam, że do uzyskania informacji o sprawach prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy rodzinie we Włocławku oraz składania wniosków, oświadczeń w moim imieniu upoważniam niżej wymienioną bliską mi osobę.

nikogo nie upowazniam¹

..... PESEL.....
zam..... (tel. kontaktowy).....

.....
(podpis petenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego)

.....
¹ Zakreślić znakiem X

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
 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

choroba psychiczna

schorzenia układu krążenia

dysfunkcja narządu słuchu

upośledzenia umysłowe

padaczka

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)

*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)