

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

BON.....

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(wniosek należy wypełnić czytelnie, niebieskim długopisem)

DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania*	
Data urodzenia	
Pesel	
Telefon	
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ LUB UBEZWŁASNOWOLNIONEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania*	
Data urodzenia	
Pesel	
Telefon	

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 i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

BON.....

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**

JESTEM ZATRUDNIONY/A (dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia)** **Tak** **Nie**

JESTEM UCZNIEM/STUDENTEM (dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia) **Tak** **Nie**

IMIĘ i NAZWISKO OPIEKUNA
(wypełnić , jeśli lekarz uznał pobyt opiekuna)

.....

Data

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** właściwe zaznaczyć

OŚWIADCZENIE

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi**

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**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, utrwalanie i przechowywanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (tj.: DZ.U. z 2016 r. poz. 992).

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i §6 k.k. w zw. z art. 75 §2 i art. 83§3 k.p.a. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

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 nr dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku choroby psychiczne
- upośledzenie umysłowe padaczka
- schorzenia układu krążenia osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- inne (jakie)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie

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

Uwagi:

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

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)

**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE DO UCZESTNICTWA W
TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/ nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnie nia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Wniosek lekarski, wystawiony przez lekarza specjalistę lub rodzinnego, które zawiera informację o rodzaju schorzenia oraz informację o konieczności pobytu opiekuna na turnusie.			
2.	Oświadczenie o dochodach (we wniosku).			
3.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
4.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			
5.	Dokument potwierdzający naukę.			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:	Sprawdzono pod względem merytorycznym

I. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku :

(wypełnia się w przypadku otrzymania dofinansowania)

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/ nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnie nia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego			
2.	Oświadczenie organizatora turnusu (wypełnione przez organizatora)			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:	Sprawdzono pod względem merytorycznym

II. Imię i nazwisko wnioskodawcy

1. Orzeczenie (rodzaj)

2. Ważne do

III. Dochód

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na 1 członka w rodzinie	

IV. Dofinansowanie wyliczone zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki

Spółecznej z dnia 15 listopada 2007 (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.)

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

V. Opinia członków zespołu. :

Wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

Kwota dofinansowania

Wnioskodawca:.....

Opiekun:.....

negatywnie

.....
.....

Data i podpisy członków zespołu: