Numer sprawy PCPR...............................

**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 lub numer dowodu tożsamości ......................................................................................................

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

Data urodzenia ...........................................................................................................................................

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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem* )

**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/ osobę

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ....................

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. \*\*\*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

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

|  |
| --- |
| (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

**OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. nr 230 poz. 1694 z późn. zm.), oświadczam, że:

1. zostałem/am skierowany/a na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduję,
2. w roku bieżącym nie uzyskałem/uzyskałam\* dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON,
3. dokonam wyboru ośrodka i organizatora turnusu posiadającego odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów turnusów prowadzonego przez wojewodę (www.empatia.mpips.gov.pl),
4. będę uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę,
5. nie będę pełnić funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

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

(podpis Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnić na turnusie wobec wnioskodawcy

……………………………………………………..……………………………………………

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. nr 230, poz. 1694 z późn. zm.), oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym:

1. nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3.  ukończyłem/am 18 lat\*
4.  ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*

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

(podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)

\* właściwe zakreślić

**Informacje niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia wniosku**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy ……………………………………………………………
2. Numer telefonu wnioskodawcy ……………………………………………………………
3. Adres korespondencyjny: …………………………………………………………………..
4. Oświadczam, że jestem w wieku od 16 do 24 lat, uczę się i nie pracuję

 Tak  Nie

1. **Przedstawiciel ustawowy** (dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), **opiekun prawny lub pełnomocnik**

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

PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

dowód osobisty: ............................................. wydany w dniu ………………………………...

(seria i nr)

przez …………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………

…………………………… ……………………………….

(data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1,art. 5 lub art. 62 ustawy\*, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. - **(oryginał do wglądu)**
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny winien być sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku.
3. W przypadku osób uczących się, które ukończyły 16 rok życia – zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni o kontynuowaniu nauki.
4. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/pełnomocnik.

|  |
| --- |
| \* Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych  (t. j. Dz. U. 2016 poz. 2046 z późn. zm.) |

............................................................. Załącznik nr 2

*(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

 schorzenia 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)*