

Nr kolejny wniosku ON-600-/2014

**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*

Telefon

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/łam 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 opiekun.....
(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

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 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....
(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**.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna <input type="checkbox"/> padaczka | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym

- NIE
- TAK - uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwie 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

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

Okres ważności informacji zawartych w „Informacji o stanie zdrowia” wynosi 3 miesiące od daty ich sporządzenia