

**Wniosek o przyznanie dofinansowania
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko.....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres (miejsce pobytu*).....
Data urodzenia.....
Numer telefonu.....

Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy małoletniego wnioskodawcy)

Imię i nazwisko.....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres (miejsce pobytu*).....

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/ i 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 O DOCHODACH (patrz pouczenie)

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, **wynosił.....zł.**
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Państwowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz.

Oświadczam, że znane są mi przepisy prawa dotyczące zakresu zadania oraz Zarządzenie Dyrektora PCPR w Miliczu w sprawie ustalenia procedur rozpatrywania wniosków i zasad udzielania dofinansowań ze środków PFRON z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Wyrażam zgodę na udział w ewaluacji celów realizacji zdania.

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

** Właściwe zaznaczyć.

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 dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroba psychiczna epilepsja
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?).....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

D oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

D oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

D wózek inwalidzki D kule łokciowe D inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

D Nie

D Tak - **uzasadnienie**

.....
Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....
.....

Uzasadnienie wniosku:

.....
.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej. **
Właściwe zaznaczyć.

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.

CZEŚĆ I

INFORMACJA O TURNUSIE

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu*)

Rodzaj turnusu.....termin turnusu: od.....do.....

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym).....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym).....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
data

.....
pieczętka i podpis wnioskodawcy

CZEŚĆ II - OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów*

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/ Pani

wraz z opiekunem**

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

w terminie od.....do.....

w ośrodku (nazwa i adres).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej.....zł, słownie zł.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej**.....zł, słownie zł.....

Zobowiązuję się, nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”. Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu - na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi** proszę przekazać na rachunek bankowy: Nazwa banku.....oddział.....nr.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis organizatora

* Obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004 r. **
Niepotrzebne skreślić.

**OCENA SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
W ZKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

1. Imię i nazwisko.....

2. PESEL.....

3. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

a) wyrabianie zaradności, poprawa samoobsługi tak* nie

b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych w tym kształtowanie umiejętności porozumiewania się z innymi, współdziałania w grupie tak* nie

c) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych tak* nie

d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury tak* nie

e) realizowanie i rozwijanie zainteresowań tak* nie

f) rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji tak* nie

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany*

Uzasadnienie:

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

.....
data i podpis pracownika socjalnego

*właściwe zaznaczyć