

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW
PFRON DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
37-400 NISKO
UL. KOŚCIUSZKI 7
15 841 63 68**

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Telefon:..... kom.....

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 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

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

Wnioskodawcy

.....

Czytelny podpis

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

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

Wypełnia PCPR

.....
data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej

1. Dane osobowe :

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzeniaPESEL

2. Sytuacja rodzinna:

Stan cywilny

Ilość osób w rodzinie

3. Zdolność do poruszania się (proszę wpisać odpowiednio : samodzielnie, z pomocą częściową lub całkowitą)

- wstawanie z łóżka i powrót do niego

- siadanie.....

- chodzenie w obrębie mieszkania.....

- opuszczanie mieszkania i powrót do niego

- korzystanie ze środków komunikacji

- przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania

- inne, nie wymienione wyżej (wskazać jakie).....

4. Poruszanie się (proszę odpowiednio podkreślić)

- samodzielnie bez oprzyrządowania,

- samodzielnie po oprotezowaniu,

- z laską,

- przy pomocy kul,

- z balkonikiem,

- na wózku inwalidzkim,

- z przewodnikiem.

5. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego proszę wpisać odpowiednio: samodzielnie lub z pomocą)

- sprząatanie

- pranie, gotowanie, zmywanie.....

- ogrzewanie mieszkania

- robienie zakupów.....

- dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo.....

6. Zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym (proszę wpisać odpowiednio: zdolny, niezdolny)

- nawiązywanie kontaktów.....
- rozwiązywanie codziennych problemów.....
- podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby.....

7. Zakres koniecznej opieki i pomocy innych osób oraz systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji

Korzystanie z usług medycznych (jakich?).....
Korzystanie z systemu wsparcia (wpisać jakiego).....

8. Zdolność do funkcjonowania w środowisku szkolnym

Dziecko uczęszcza do żłobka, przedszkola ogólnodostępnego/specjalnego/integracyjnego, szkoły ogólnodostępnej/specjalnej/integracyjnej, korzysta z nauczania indywidualnego (proszę podkreślić odpowiednie)

Dziecko korzysta ze świetlicy, stołówki, zajęć pozalekcyjnych (proszę odpowiednie podkreślić)

9. W jakim celu chce Pani/Pan uczestniczyć w turnusie rehabilitacyjnym

(proszę podkreślić odpowiednie)

wyrabianie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej, wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, wypoczynek, nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizacja i rozwijanie zainteresowań, nauka funkcjonowania z niepełnosprawnością,
inne (proszę podać jakie).....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych.

.....

data

.....



podpis Wnioskodawcy

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego


Wniosek lekarski 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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |
-

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym

- Nie
  Tak – uzasadnienie

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwie zaznaczyć

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

**SKIEROWANIE NA TURNUS WYDANE PRZEZ LEKARZA LECZĄCEGO, W CIĄGU
MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE WNIOSKU.**

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

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA WYDANA PRZEZ LEKARZA LECZĄCEGO,
W CIĄGU MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE WNIOSKU.**

*Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że Pan/Pani.....,będący moim opiekunem na turnusie rehabilitacyjnym:

-nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,

-nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby

-ukończył/a 18 lat

.....
podpis wnioskodawcy

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

.

.....

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 świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

O Ś W I A D C Z E N I E

Wnioskodawcy o dochodach w gospodarstwie domowym

W przypadku osób samotnych, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, kod, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

L.p.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Średni miesięczny dochód (za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku)
Dane dotyczące Wnioskodawcy:						
1.						
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
					Razem	

Oświadczam, że:

1. Ja, bądź moi członkowie rodziny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne **tak/nie**
2. przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósłzłgr.

Świadomy odpowiedzialności karnej (art.233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., data/...../20.....r.

(miejscowość)

.....

podpis Wnioskodawcy)

1. Do najbliższej rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, zalicza się odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci do 18 r. życia, uczące się dzieci do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne; do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego;

2. Za dochody uwzględniane przy wyliczeniu średnich miesięcznych dochodów rodziny, uważa się :

- wynagrodzenie uzyskiwane w ramach stosunku pracy, z tytułu umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy agencyjnej lub umowy o pracę nakładczą,

- dochody z tytułu:

a) członkostwa spółdzielni,

b) wykonywania wolnego zawodu,

c) działalności twórczej lub artystycznej,

d) działalności gospodarczej lub współpracy przy prowadzeniu takiej działalności ,

e) działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiągniętych przez osoby fizyczne,

- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,

- świadczenie pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,

- emerytury, renty inwalidzkie wraz ze wszystkimi wzrostami i dodatkami, z wyjątkiem dodatków pielęgnacyjnych,

- stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom,

- zasiłki wychowawcze i rodzinne,

- dodatki mieszkaniowe i inne,

- renty socjalne, stałe zasiłki, stałe zasiłki wyrównawcze, świadczenia przyznawane rodzinom zastępczym i inne na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej,

- alimenty na rzecz dzieci oraz zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,

- zasiłki z Funduszu Pracy,

- inne.

3. Wnioskodawca zobowiązany jest udokumentować wysokość uzyskiwanych dochodów dołączając do oświadczenia odpowiednio:

- zaświadczenia z zakładu pracy o wysokości dochodu uzyskanego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,

- kopie odcinków emerytur/rent uzyskanych za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (dotyczy emerytów lub rencistów)

- zaświadczenia o dochodzie (powierzchni w ha przeliczeniowych) z gospodarstwa rolnego,

- kserokopię decyzji o przyznaniu dodatku mieszkaniowego,

- zaświadczenia o wysokości świadczeń z pomocy społecznej wypłaconych przez ośrodek pomocy społecznej lub urząd gminy,

- zaświadczenia o wysokości zasiłków i dodatków wypłaconych przez uprawnione instytucje (UG, OPS, zakład pracy, itp.)

- zaświadczenia kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy i wysokości ewentualnych świadczeń wypłaconych przez PUP,

- dzieci powyżej 16 r.ż – kserokopie legitymacji szkolnej lub zaświadczenie ze szkoły.