

Nr wniosku.....

**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 dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania\*.....

Data urodzenia.....

Numer telefonu.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie.....

**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/<br>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/NA W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ\*\* Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna.....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, iż przeciętny **miesięczny** dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił.....zł.

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)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* 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 i podpis pracownika

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

### Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i Nazwisko.....

PESEL albo numer dowodu 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"/> schorzenia układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne(jakie?).....         |
|   | .....  |

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak - uzasadnienie.....

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

#### Uwagi:

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

.....(data)

.....(pieczętka i podpis lekarza)

**Oświadczenie wypełnia się w przypadku ubiegania się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla opiekuna**

.....  
Imię i Nazwisko uczestnika turnusu

.....  
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż opiekunem na turnusie będzie osoba:

.....  
Imię i Nazwisko opiekuna

.....  
adres zamieszkania

Przy czym, oświadczam, iż osoba będąca opiekunem:

- a) nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym,
- b) nie jest osoba niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- c) ukończyła 18 lat\* albo 16 i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*.

.....  
data

.....  
podpis uczestnika turnusu

\*/niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż nie posiadam żadnych zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz oświadczam, iż w ciągu trzech lat przed złożeniem tego wniosku nie byłem stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....

Data

.....

Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

Do wniosku należy dołączyć:

1. kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię orzeczenia, lub kopię wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności;
2. wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. zaświadczenie ze szkoły o pobieraniu nauki (dotyczy osób po 16 roku życia uczących się i niepracujących do ukończenia 24 roku życia)

Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie pod warunkiem, że:

1. w roku, którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu
2. weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem w przypadku, gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej
3. nie będzie pełniła członka kadry na tym turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika turnusu

Ze środków Funduszu nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie finansowanym w części lub całości na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, w systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników

Osoba niepełnosprawna, w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego, przekazuje centrum pomocy informację o wyborze turnusu, w którym będzie uczestniczyła.