

**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

RS.550.....2018

.....  
Data wpływu

**Dane Wnioskodawcy**

Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Planowany termin turnusu	
<b>Opiekun (gdy lekarz zlecił)</b>	

**Stopień niepełnosprawności i sytuacja zawodowa (wstawić „X” we właściwe pole □ )**

<b>Znaczny</b> – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji)			
<b>Umiarkowany</b> – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)			
<b>Lekki</b> – (inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy)			
<b>Osoby do 16 lat z orzeczeniem o niepełnosprawności</b>			
<input type="checkbox"/> uczeń/student	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> emeryt/rencista	<input type="checkbox"/> zakład pracy chronionej

**Oświadczam, że:**

- Korzystałem/am z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON w roku:  
**2015**    tak    nie  
**2016**    tak    nie  
**2017**    tak    nie
- Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....
- Przeciętny miesięczny dochód netto rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił: .....
- Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadom/a odpowiedzialności karnej przewidzianej za składanie nieprawdziwych danych w Kodeksie Karnym.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Oświęcimiu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016r., poz. 922).
- Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dot. turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).
- Znane są mi informacje, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów turnusu poniesionych przed przyznaniem dofinansowania.
- Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem.
- Zostałem/lam poinformowany/a, że złożony wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od przyjęcia przez Radę Powiatu w Oświęcimiu uchwały dotyczącej podziału otrzymanych środków finansowych na zadania z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej.**

.....  
Data

.....  
podpis Wnioskodawcy

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- dysfunkcja narządu słuchu       upośledzenie umysłowe       schorzenia układu krążenia  
 dysfunkcja narządu wzroku       choroba psychiczna       inne .....
- dysfunkcja narządu ruchu       epilepsja .....
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

NIE     TAK

Uzasadnienie pobytu opiekuna na turnusie :

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

### Uwagi:

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

Data.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza

---

### Przy składaniu wniosku na turnus należy przedstawić:

1. Kopię orzeczenie o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność wnoskodawcy – oryginał do wglądu
2. Kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu
3. Dokumenty potwierdzające dochody osoby niepełnosprawnej oraz osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe