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 nr dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania* .....

.....

Data urodzenia ..... Telefon kontaktowy .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

Posiadane orzeczenie**

a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich ☐ 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(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 ..... 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
** Właściwe zaznaczyć
*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Wypełnia PCPR

....
data wpływu wniosku do PCPR **pieczęć PCPR i podpis pracownika**

Do wniosku należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, kopię wypisu z treści orzeczenia lub orzeczenia o niepełnosprawności

Załącznik nr 1

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania .....

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 **pieczątka i podpis lekarza**

.....
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**

- ☐ dysfunkcja narządu ruchy
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ padaczka
- ☐ schorzenie układu krążenia
- ☐ inne (jakie?) .....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwe zaznaczyć

....
data pieczątka i podpis lekarza

Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym.

1.Po pobraniu wniosku o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym Wnioskodawca dostarcza do PCPR wypełniony:

- wniosek

- informację o stanie zdrowia

- wniosek lekarza o skierowanie na turnus, wypełnione przez lekarza rodzinnego lub specjalistę (konieczna pieczątka przychodni oraz pieczątka i podpis lekarza), wniosek traci ważność po trzech miesiącach od daty wystawienia przez lekarza,

– orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez ZUS/Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności / KRUS lub MSWiA (Orzeczenie KRUS i MSWiA tylko jeśli zostało wydane do 31.12.1997r),

- pełnomocnictwo notarialne/sądowe do działania w imieniu Wnioskodawcy

2. Złożony, kompletny wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu podziału środków finansowych na rok bieżący przez Radę Powiatu Puckiego.

3.Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez PCPR i otrzymaniu pisemnego potwierdzenia przyznanego dofinansowania. Czyni to za pośrednictwem organizatora, który posiada aktualne uprawnienie do organizowania turnusu rehabilitacyjnego. Dokonując wyboru turnusu należy poinformować organizatora o rodzaju posiadanych (zaznaczonych przez lekarza we „wniosku lekarza”) schorzeniach, tak aby były one zgodne z wpisem organizatora i ośrodka do rejestru wojewody właściwego dla siedziby każdego z nich. Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem informacji o dofinansowaniu ponosi wyłącznie Wnioskodawca. PCPR nie zwraca kosztów turnusu rehabilitacyjnego , który odbył się przed przyznaniem dofinansowania.

4.W terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, należy przekazać do PCPR w Pucku informację o wyborze turnusu, w którym osoba niepełnosprawna będzie uczestniczyła

5.Niedotrzymanie powyższych terminów będzie traktowane jako rezygnacja z otrzymanego dofinansowania.

6.Jeżeli Wnioskodawca nie wykorzysta przyznanego dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić pisemnie PCPR o rezygnacji z przyznanego dofinansowania.

7.Po przyjeździe na turnus rehabilitacyjny Wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie informację o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu.....zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na bieżący rok przez Radę Powiatu Puckiego

……

PODPIS WNIOSKODAWCY