

WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia*:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> układ krążenia |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> układ oddechowy |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> układ ruchu | <input type="checkbox"/> inne |

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)* | | |
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)* | | |
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki | <input type="checkbox"/> kule łokciowe | <input type="checkbox"/> inne |

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym (wyraźne zalecenie uczestnictwa opiekuna)

Nie

Tak – uzasadnienie

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

Data

* właściwe zaznaczyć

.....

Podpis i pieczęć lekarza

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Sudecka 38
58-500 Jelenia Góra
tel. (075) 75 239 20 w. 32

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

Imię i nazwisko

PESEL NIP Data urodzenia
(albo numer dokumentu tożsamości)

Adres

Adres pobytu
(wpisać w przypadku osoby bezdomnej)

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 – dotyczy dzieci do 16 roku życia | | | |

Korzystałem/am z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON* **TAK** (podać rok) **NIE**

Opiekun (jeśli lekarz zalecił pobyt wraz z opiekunem): Imię i nazwisko
(Opiekun nie może być osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, nie może pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie, musi mieć ukończone 18 lat lub 16 jeśli jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej)

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej* **TAK** **NIE**

Jednocześnie oświadczam, że moja rodzina z którą pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym składa się z osób, przeciętny miesięczny dochód netto na jedną osobę za ubiegły rok podatkowy, nie przekracza zł, słownie:

Świadoma/y jestem, że za składanie zeznań niezgodnych z prawdą grozi mi odpowiedzialność karna, art. 233 kk.

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 danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

.....
Data Czytelny podpis Wnioskodawcy

Wypełnia PCPR - data wpływu wniosku, pieczęć PCPR i podpis pracownika

***właściwe zaznaczyć**

Do wniosku należy dołączyć: wniosek lekarski, uwierzytelnioną kserokopię orzeczenia o grupie inwalidzkiej / stopniu niepełnosprawności

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres

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

Pieczęć organizatora turnusu

INFORMACJA O PRZEBIEGU TURNUSU REHABILITACYJNEGO

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

Termin turnusu

Miejsce turnusu (nazwa ośrodka)

.....

Rodzaj turnusu*:

ogólnousprawniający

specjalistyczny (jaki?)

Przeprowadzono dwukrotnie (na początku i na końcu turnusu) badanie lekarskie.

Zastosowano następujące zabiegi rehabilitacyjne (podać rodzaj i liczbę):

.....

.....

.....

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis lekarza

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju i charakteru zajęć oraz osiągniętych efektów rehabilitacyjnych).

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis kierownika turnusu

* właściwe zakreślić

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania (zameldowania)

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)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

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 Pani/Pana
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:

opiekuna osoby niepełnosprawnej* zł, słownie:

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 konta | |

.....
data (dzień-miesiąc-rok)

.....
(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

* Niepotrzebne skreślić