

Numer kolejny wniosku/2018

**Wniosek o przyznanie dofinansowania
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres (miejsce pobytu*).....

Numer telefonu

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
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/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ** Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna.....PESEL.....
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

Orzeczenie ważne jest do...../na stałe**

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny (**netto**), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał**

poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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 podanych przeze mnie danych przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu, podaje dane dobrowolnie i oświadczam, że są one prawdziwe oraz że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

...../2018
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Podpis pracownika przyjmującego wniosek

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia TAK NIE

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

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (**oryginał do wglądu**).
2. Wniosek lekarza na turnus rehabilitacyjny wydany przez lekarza, pod opieką którego znajduje się osoba niepełnosprawna (**oryginał + kopia**).
3. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopie pełnomocnictwa lub postanowienie sadu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**).
4. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i nie pracujących w wieku 16-24 lat posiadających inny niż znaczny stopień niepełnosprawności, do wniosku należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.
5. Wypełniony czytelnie załącznik do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym "Sytuacja społeczna osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych".

.....
(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**

- | | |
|---|--|
| <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"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne |
- (jakie?).....

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
 TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....

(data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)

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)

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY
W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (rodzic, opiekun prawny)

1. Imię i nazwisko

PESEL.....

2. Opis sytuacji społecznej:

- a) sytuacja zawodowa
- b) jak niepełnosprawność wpływa na sposób zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych i społecznych.....
.....
.....
- c) kontakty ze środowiskiem, innymi osobami

3. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

- a) wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: tak nie*
- b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych w tym kształtowanie umiejętności porozumiewania się z innymi, współdziałania w grupie: tak nie*
- c) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: tak nie*
- d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury: tak nie*
- e) realizacja i rozwijanie zainteresowań: tak nie*
- f) rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji: tak nie*

* właściwe zakreślić

.....
data i podpis wnioskodawcy

WYPEŁNIA pracownik PCPR-u * właściwe zakreślić

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany, inne

(jakie?)*.....

Inowrocław, dnia Podpis pracownika socjalnego