**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 dokumentu tożsamości ......................................................................

Adres zamieszkania\* ........................................................................................................ .........................................................................................................................................

Data urodzenia ................................................................................................................

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ..........................................

# POSIADANE ORZECZENIE \*\*

1. o stopniu niepełnosprawności  znacznym umiarkowanym  lekkim
2. Numer orzeczenia:
3. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  I  II  III
4.  o całkowitej niezdolności do pracy

 o częściowej niezdolności do pracy

 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

 o niezdolności do samodzielnej egzystencji

 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)*

# PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko: ....................................................................................................................................

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: ........................................................................................... Adres zamieszkania: .............................................................................................................................. ................................................................................................................................................................ Numer telefonu: ..................................................................................................................................... Adres email: ........................................................................................................................................... Data urodzenia: ...................................................................................................................................... ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: ....................................................

................................................................................................................................................................ postanowieniem Sądu: ........................................................................................................................... ................................................................................................................................................................ z dn. .............................................. sygn. Akt\*: .................................................................................... /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: ...........................................................

................................................................................................................................................................ z dn. ................................................... repet. nr ....................................................................................

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

*(data) (podpis*

*przedstawiciela ustawowego\* opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)*

# Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu: ..................................................................................................................................... Adres e-mail: .........................................................................................................................................

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

*(data) (podpis)*

\* niepotrzebne skreślić

………………………………………………………. **Załącznik nr 1**

*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 ruchu □ upośledzenie umysłowe

□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim □ choroba psychiczna

□ dysfunkcja narządu wzroku □ padaczka

□ dysfunkcja narządu słuchu □ inne (jakie?) …...............................

□ schorzenia układu krążenia …...................................................

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

□ NIE

□ TAK – uzasadnienie ……………………………………………………………………………………...…………………………...

……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….……………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………

UWAGI ……………………………………………………….…………………………………………….........……………………………

……………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

………………..…..……… ………..…………………………………….

(data) (pieczątka i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć

**Załącznik nr 2**

**INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO**

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu ............................................................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ............................................................................................................................................................

Adres zamieszkania \* .............................................................................................................................................................

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

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 korzystałem z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie

rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

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

(data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

\*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Załącznik nr 3**

…………………………. dnia ……………………..

**Oświadczenie**

**opiekuna osoby niepełnosprawnej**

**Imię i nazwisko**

……………………………………..

**Adres zamieszkania**

………………………………………

………………………………………

**Nr PESEL** …………………………..

Zobowiązuję się sprawować opiekę nad ……………………………………………………..

(imię i nazwisko)

zam. ……………………………………………………………………………………………………

w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego w terminie od.…………….. do …………………………..

w ośrodku rehabilitacyjnym ………………………………………………………………………………………………

w ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

(adres ośrodka)

oraz podczas dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego i powrotu do miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

………………………………………

(czytelny podpis Opiekuna)

**Załącznik nr 4**

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**przez PCPR Pleszew oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez wnioskodawców do Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pleszewie przy ul. Kazimierza Wielkiego 7a (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji zadania finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z zakresu uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości ubiegania się o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z zakresu uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pleszewie przy ul. Kazimierza Wielkiego 7a oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją zadania z zakresu uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

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

Data i podpis osoby składającej oświadczenie