



Nr .....

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

**Imię i nazwisko** .....  
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....  
PESEL lub seria i numer dokumentu tożsamości .....  
Adres zamieszkania (miejsce pobytu\*) .....  
Data urodzenia .....  
Numer telefonu kontaktowego .....  
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

**Posiadane orzeczenie \*\*:**

- o stopniu niepełnosprawności:       Znacznym       Umiarkowanym       Lekkim  
 o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:  I       II       III  
 o całkowitej / o częściowej niezdolności do pracy / w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji (niepotrzebne skreślić);  
 o niepełnosprawności wydane przez właściwy organ (dot. osób 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

**Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o konieczności wyboru ośrodka i organizatora turnusu rehabilitacyjnego zgodnie z rodzajem schorzenia lub dysfunkcji wskazanymi w orzeczeniu lub wniosku lekarza o skierowaniu na turnus rehabilitacyjny.**

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej "Informacji o stanie zdrowia" sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję (Informacja ważna 3 miesiące).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 roku nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

.....  
Data wpływu wniosku do PCPR

.....  
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

\*wypełnić wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\* właściwe zaznaczyć

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....

PESEL lub seria i 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 -tego roku życia .....

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

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 – tego roku życia .....

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

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*wypełnić wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

**Informacja o stanie zdrowia ważna jest 3 miesiące od daty wystawienia do dnia rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego i wymagana w przypadku turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne (należy przestawić podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie).**

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko .....

PESEL lub seria i numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\***

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?) .....

### **Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne\*\***

- oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
  - oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
  - wózek inwalidzki - kule łokciowe inne (jakie?) .....
- .....

### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\***

NIE

TAK – uzasadnienie .....

.....

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

.....  
\*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\*właściwe zaznaczyć

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH

Ja niżej podpisany/a: .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a w:

....., ul. .... nr domu .....  
(miejscowość)

**oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:**

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Dochód (netto)
1.			<b>wnioskodawca</b>	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<b>RAZEM</b>				

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił (netto): ..... zł.  
(słownie złotych: .....).

Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem, będąc świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej ze składania fałszywych zeznań (art. 233 Kodeksu Karnego).

.....data .....  
(miejscowość)

.....  
(podpis składającego oświadczenie)

**Adnotacje urzędowe pracownika przyjmującego oświadczenie:**

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

.....  
(podpis pracownika)

## CZEŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL lub seria i numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania (miejsce pobytu\*) .....

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.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

## CZEŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym) .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów\* .....

Potwierdzam możliwość uczestnictwa Pana/Pani .....

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 złotych .....

opiekuna osoby niepełnosprawnej\*\* ..... zł, słownie złotych .....

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 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 .....

.....  
(miejscowość i data)

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

\* Obowiązuje od dnia 01 stycznia 2004r.

\*\* Niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**  
**OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**  
(dla PCPR w Skarżysku – Kamiennej)

**Imię i nazwisko:** .....

**Adres zamieszkania:** .....  
.....  
.....

**Dowód osobisty:**      **Seria** ..... **Nr** .....

**PESEL:** .....

---

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....  
zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego  
i zwracam się z prośbą o przyznanie dofinansowania do kosztów uczestnictwa w turnusie  
rehabilitacyjnym dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

**Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, nie jestem osobą  
niepełnosprawną wymagająca opieki innej osoby, ukończyłem/-am 18 lat\*/ ukończyłem/-am  
16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis opiekuna)

**\*niepotrzebne skreślić**

**Załączniki do wniosku:**

1. kopia (oryginał do wglądu) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności bądź grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy/samodzielnej egzystencji. W przypadku dzieci do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez Komisję orzekania o niepełnosprawności.
2. Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Dokumenty (zaświadczenia) potwierdzające **wysokość dochodów** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, osiągniętych przez Wnioskodawcę oraz osoby pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym **za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).**  
Dokumenty podlegają weryfikacji przez pracownika Centrum.
4. Kopia dowodu osobistego (oryginał do wglądu).
5. Zaświadczenie (ze szkoły lub uczelni) lub kopia legitymacji (oryginał do wglądu), potwierdzająca naukę - w przypadku osoby uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lata.
6. Zaświadczenie z PUP w przypadku osoby posiadającej status osoby bezrobotnej.
7. Oświadczenie o braku dochodów - w przypadku osoby niepracującej i niezarejestrowanej w PUP.