

Numer wniosku: _____ /TR/18

Data wpływu wniosku: ____ / ____ / 2018

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

Imię i Nazwisko
PESEL Nr. telefonu
Adres stały
Data urodzenia
Adres czasowy od kiedy?

Posiadam orzeczenie o*:

- a). stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
b). zaliczeniu do grupy inwalidzkiej: I II III
c). niezdolności do pracy: całkowitej / częściowej / całkowitej i niezdolności do
 samodzielnej egzystencji / w gospodarstwie rolnym wydane przed 1 stycznia 1998

Korzystałem(am) z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków
PFRON*:

- TAK, w roku: 2013 lub wcześniej 2014 2015 2016 2017
- NIE

Opiekun (**wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem**):

Imię i Nazwisko

PESEL

Jestem zatrudniony w zakładzie pracy chronionej*: TAK NIE

Jestem osobą uczącą się i niepracującą w wieku 16-24* TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych
osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922)

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

- właściwie zaznaczyć

**Do wniosku należy załączyć: kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności
(potwierdzoną za zgodność z oryginałem), oraz zaświadczenia o dochodach.**

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

(dotyczy wniosku o przyznanie dofinansowania do turnusu)

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(Imię i nazwisko)

.....
(ulica, numer domu, numer mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w Art. 233 §1 i §2* ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. Nr 88 z 1997 r. poz. 553) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że średnie miesięczne dochody członków mojej rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszone o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych na rzecz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczone za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku** wynosiły:

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	PESEL	Średni miesięczny dochód liczony za ostatnie trzy miesiące
Dane dotyczące Wnioskodawcy					
1.					
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
RAZEM					
Średni dochód na jedną osobę:					

..... Dnia

Miejscowość

Data

Czytelny podpis wnioskodawcy

*Art. 233 §1 – kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

*Art. 233 §2 – warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko*
PESEL*
Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:*

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

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:*

- Nie
 Tak – **uzasadnienie**

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):*

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

Uzasadnienie wniosku:*

.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* pole obowiązkowe
** Właściwe zaznaczyć.

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

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko*
PESEL*
Adres zamieszkania *.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej*
.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje
.....
.....

Uczulenia
.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie)
.....
.....
.....

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)

* pole obowiązkowe