



Data wpływu.....

numer kolejny wpływu **ON-610-TUR**-...../.....

Pieczęć PCPR w Bochni

**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)

Część A

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....Wiek:.....

PESEL lub nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania *

Data urodzenia

Numer telefonu do kontaktów z Wnioskodawcą:.....

Część B (należy zaznaczyć stawiając „X” w miejsce kratki „□”)

1. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> stopień znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> stopień umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> stopień lekki	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności wydane do 16 roku życia)		

2. Orzeczenie o niepełnosprawności obowiązuje: okresowo tj. do bezterminowo

3. Zdolność Wnioskodawcy do wykonywania następujących czynności w zakresie samoobsługi:

Czynności, zdolności	Wykonuje czynności w pełni samodzielnie	Konieczna pomoc częściowa lub okresowa innych osób	Pełne uzależnienie od innych osób
Utrzymanie ciała w czystości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Załatwianie potrzeb fizjologicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubieranie się i rozbieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się w obrębie mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porozumiewanie się z otoczeniem (mówienie, rozumienie, słyszenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego (pranie, sprząatanie, gotowanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 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.

5. Wnioskodawca korzystał z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:
- tak w roku
 - nie, nigdy nie korzystał
6. Wnioskodawca jest w wieku do 24 roku życia, aktualnie uczy się i nie jest aktywny zawodowo:
- tak
 - nie
7. Status Wnioskodawcy na rynku pracy (nie dotyczy dzieci):
- osoba pracująca zawodowo w zakładzie pracy chronionej
 - osoba pracująca zawodowo poza zakładem pracy chronionej
 - osoba bezrobotna lub poszukująca pracy
 - emeryt lub rencista nie zainteresowany podjęciem pracy
8. Wnioskodawca w okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku korzystał lub korzysta ze wsparcia społecznego w formach:
- Środowiskowego Domu Samopomocy,
 - Domu Pomocy Społecznej,
 - Warsztatu Terapii Zajęciowej,
 - Specjalnego Ośrodka Szkolno Wychowawczego dla dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo
 - inne (należy wskazać jakie)
 - nie korzystał/a i nie korzysta z w/w form wsparcia społecznego

Cześć C Poniższe deklaracje Wnioskodawcy są dobrowolne jednak ewentualny brak zgody uniemożliwi rozpatrzenie wniosku ze względów formalnych:

- Oświadczam, że nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
- Moim opiekunem na turnusie będzie: (należy wskazać imię i nazwisko opiekuna, jeśli udział opiekuna jest konieczny):
- Wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn zm.).
- *Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).*

Do niniejszego wniosku załączam:

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
2. Kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego dokumentu (oryginał do wglądu)
3. Oświadczenie opiekuna w przypadku, gdy lekarz wskaże konieczność pobytu opiekuna na turnusie
4. Kserokopię postanowienia dotyczącego pełnomocnictwa sądowego lub notarialnego (oryginał do wglądu) do reprezentowania Wnioskodawcy w przypadku jego ustanowienia

Bochnia, dnia

.....
Podpis Wnioskodawcy
(lub opiekuna lub pełnomocnika)

.....
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
- choroby neurologiczne
- zaburzenia narządu głosu, zaburzenia mowy w tym:
 - jąkanie się
 - stan po zabiegu tracheotomii
 - inne
- choroby słuchu w tym:
 - osoba głuchoniema
 - osoba niedosłysząca
 - inne
- choroby narządu wzroku w tym:
 - osoba niewidoma
 - niedowidząca
 - inne
- choroby układu pokarmowego
- choroby układu oddechowego i krążenia
- upośledzenie umysłowe
- choroby psychiczne
- epilepsja
- choroby układu moczowo-płciowego
- inne (należy wskazać jakie).....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne **

- oproteźowanie / zaopatrzenie kończyn górnych w tym:
 - jednostronne
 - obustronne
- oproteźowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych w tym:
 - jednostronne
 - obustronne
- wózek inwalidzki
- kule łokciowe
- balkonik
- inne (jakie?).....
- osoba przebywająca w stanie leżącym

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- Nie
- Tak – uzasadnienie

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania do uczestnictwa w turnusie), uwagi:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwie zaznaczyć

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja niżej podpisana/y
zamieszkała/y w
legitymująca/y się dowodem osobistym nrPESEL.....
zobowiązuje się do sprawowania opieki nad
W związku z jej/jego uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym i oświadczam, że:

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie ubiegam się o przyznanie dofinansowania do uczestnictwa w turnusie jako wnioskodawca
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby
3. zobowiązuję się ponieść koszty pobytu na turnusie w przypadku skrócenia mojego pobytu z przyczyn innych niż losowe
4. uznaję zasadę, że dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie w danym roku nie otrzymają osoby niepełnosprawne, które uprzednio w roku bieżącym uczestniczyły w turnusie jako opiekun innej osoby niepełnosprawnej
5. * jestem członkiem rodziny wspólnie zamieszkującym z w/w osobą niepełnosprawną

.....
data

.....
czytelny podpis opiekuna

* w przypadku opiekuna, który ukończył 16 lat ale nie ukończył 18 roku życia.