CPR.II.610.

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 ……data urodzenia ……..
Adres zamieszkania ……..
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 ☐☐ o 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 …….

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

Opiekunem osoby niepełnosprawnej może być osoba, która ukończyła 18 lat, albo osoba która ukończyła 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej jeżeli nie pełni funkcji członka kadry na danym turnusie i nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, pomniejszony 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 przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób wynosi .....złotych. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi …… co w przeliczeniu na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym dochód wynosi …… złotych.

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

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku złożonym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu na potrzeby realizacji wniosku.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej o zakresie ochrony danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu oraz znam przysługujące mi prawa.

……..
(data i podpis Wnioskodawcy, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dziecka kopia orzeczenia o niepełnosprawności
2. Zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu)
3. Zaświadczenie/Postanowienie sądu dot. ustanowienia opiekuna prawnego dla osoby niepełnosprawnej lub pełnomocnictwo (jeśli dotyczy)

……
(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
□ dysfunkcja narządu słuchu
□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
□ dysfunkcja narządu wzroku
□ upośledzenie umysłowe
□ choroba psychiczna
□ padaczka
□ schorzenie układu krążenia
□ inne (jakie?) ……..
……..

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

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

Uwagi:

……..
……..
……..
……..

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

……
(data)

……..
(pieczątka i podpis lekarza)