

**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\* .....  
Numer telefonu.....  
Data urodzenia .....

**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)

**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.\*\*\***

**DO WNIOSKU PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KOPIĘ ORZECZENIA POŚWIADCZONEGO ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

\*\*\* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

.....  
(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\*\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia                 | .....  |

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

Imię i nazwisko.....

Adres.....

### Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie, ul. Andersa 12, 14-200 Iława (administratora danych) zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.).

Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów dotyczących realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, gromadzonych w systemie informatycznym/nieinformatycznym, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

.....  
Data i podpis

# OŚWIADCZENIE

## opiekuna osoby niepełnosprawnej

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

.....  
( adres zamieszkania)

.....

PESEL .....

Oświadczam, że w roku bieżącym nie korzystałem(am) z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jako uczestnik turnusu rehabilitacyjnego, nie pełnię funkcji członka kadry na danym turnusie, mam ukończone 18 lat i nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby.

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej: .....  
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

1) Na podstawie art. 23 ust. 1 i 2 i art. 27 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PCPR w Iławie moich danych osobowych.

2) Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 k.k.

*Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (...).*

oświadczam, że dane podane przeze mnie we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

..... dnia .....

.....  
(czytelny podpis opiekuna)

## **Informacja o sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i potrzebie rozwijania jej umiejętności społecznych**

Wypełnia Wnioskodawca (rodzic, opiekun prawny)

**1. Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

**2. Ocena sytuacji zawodowej wnioskodawcy (właściwe zaznaczyć)**

- dzieci i młodzież do lat 18
- osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- bezrobotny
- rencista poszukujący pracy
- rencista
- emeryt-dodatkowo pracujący/niepracujący (właściwe zaznaczyć)
- inne .....

**3. Wnioskodawca (podopieczny utrzymuje kontakty ze środowiskiem, innymi osobami (właściwe zaznaczyć):**

- bardzo często
- często
- regularnie
- nieregularnie
- sporadycznie
- nie utrzymuje kontaktów (proszę napisać dlaczego?)

.....  
.....

**4. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (właściwe zaznaczyć):**

- podnoszenie samodzielności
- nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych
- pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do efektywnego pełnienia ról społecznych
- korzystanie z zasobów natury i dóbr kultury
- odkrywanie, rozwijanie zainteresowań
- rozbudzanie motywacji integracyjnych
- zgodnie z wiekiem \*

**5. Zdolność dziecka do funkcjonowania w środowisku szkolnym (jeżeli dotyczy-właściwe zaznaczyć) \*\***

- uczęszcza do żłobka, przedszkola ogólnodostępnego/specjalnego/integracyjnego
- szkoły ogólnodostępnej/specjalnej/integracyjnej, korzysta z nauczania indywidualnego

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

\* dotyczy dzieci w wieku do lat 3

\*\* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego dla dziecka

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

6. Wypełnia pracownik PCPR.

Ocena sytuacji społecznej i potrzeb rozwijania umiejętności społecznych Wnioskodawcy

- uzasadnia udział w turnusie rehabilitacyjnym
- nie uzasadnia udziału w turnusie rehabilitacyjnym

.....

podpis pracownika socjalnego