

**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\* .....

Data urodzenia .....

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)*

**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.\*\*\*

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

**Wypełnia PCPR**

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

.....  
(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"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |
|   | .....  |

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

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

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**Oświadczenia do Wniosku 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)

***UWAGA! Przed złożeniem wniosku należy zapoznać się z obowiązującymi przepisami w sprawie udzielania dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w 14 dniowych turnusach rehabilitacyjnych***

*Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*

Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Krakowskim.

*W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON do turnusu podlega zwrotowi.*

*Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich/ dziecka danych osobowych, w bazie danych PCPR*

*w Krakowie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji ww. zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r:*

*o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz.922 j. t.).*

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia<sup>1</sup>.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do 14 dniowego turnusu rehabilitacyjnego zostanie rozpatrzony po otrzymaniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie (PCPR) informacji o wysokości środków finansowych przypadających na realizację w roku bieżącym zadań z zakresu rehabilitacji społecznej.

***Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Krakowie w ciągu 14 dni.***

.....  
**data**

.....  
**(czytelny podpis Wnioskodawcy,  
przedstawiciela ustawowego<sup>2</sup>)**

Przepisy o świadczeniach rodzinnych: Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1518 t. j.)

<sup>1</sup> dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

<sup>2</sup> podpis przedstawiciela ustawowego w przypadku osoby, która 1) nie ukończyła 18 roku życia; 2) została ustanowiona opiekunem prawnym całkowicie ubezwłasnowolnionej osoby niepełnosprawnej

**Do wniosku należy dołączyć:**

**1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694).** Po wypełnieniu wniosku przez lekarza należy zrobić kopię i przedłożyć organizatorowi turnusu;

**2. Kopię posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia:**

o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub o całkowitej /częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998 roku/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia **-oryginał dokumentu do wglądu;**

**3. Zaświadczenie ze szkoły** o kontynuowaniu nauki w przypadku dzieci i młodzieży uczącej się i niepracującej **w wieku od 16 do 24 roku życia.**