

## Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko	tel.	
PESEL albo numer dokumentu tożsamości		
Adres zamieszkania <sup>1</sup>		
Data urodzenia	wiek	
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym		

POSIADANE ORZECZENIE <sup>2</sup> :		
o stopieniu <b>znacznym</b> I grupa	o stopieniu <b>umiarkowanym</b> II grupa	o stopieniu <b>lekkim</b> III grupa
o całkowitej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji	o całkowitej niezdolności do pracy	o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia		<input type="checkbox"/>
Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON <sup>2</sup> :		
<input type="checkbox"/> TAK (podać rok) .....		<input type="checkbox"/> NIE
Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej <sup>2</sup>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Imię i nazwisko opiekuna: .....		
(wypełnić jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)		

OŚWIADCZENIE:	
Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód <sup>3</sup> , w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł:	..... 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. Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia <sup>4</sup> .	

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego lub opiekuna prawnego

**VERTE →**

Wypełnia PCPR ↓

.....  
Data wpływu wniosku do PCPR

.....  
Pieczęć i podpis pracownika PCPR

SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU				
<b>I. Decyzją PCPR w Puławach przyznano dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:</b>				
dla uczestnika w wys.:	..... zł	dla opiekuna w wys.:	..... zł	data
				podpis kierownika PCPR
<b>II. Nie przyznano dofinansowania.</b>				
				data
				podpis kierownika PCPR
<b>III. Wniosek rozpatrzono ponownie i przyznano dofinansowanie:</b>				
dla uczestnika w wys.:	..... zł	dla opiekuna w wys.:	..... zł	data
				podpis kierownika PCPR

### **objaśnienia:**

<sup>1</sup> w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

<sup>2</sup> właściwe zaznaczyć (wstawić X)

<sup>3</sup> **dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2015 r. poz. 114 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

<sup>4</sup> dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

### **Do wniosku należy dołączyć:**

1. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
2. kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /grupie inwalidzkiej/niezdolności do pracy/lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenia KRUS wydane wyłącznie przed 1 stycznia 1998r.),
3. kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności – osoby do 16 roku życia,
4. zaświadczenie o kontynuowaniu nauki – osoby niepracujące od 16 do 24 roku życia,
5. zaświadczenia o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, dotyczące wszystkich członków rodziny (do wglądu).

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\*\* (wstawić X)**

<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"/>	schorzenia układu krążenia
<input type="checkbox"/>	cukrzyca	<input type="checkbox"/>	schorzenia układu oddechowego
<input type="checkbox"/>	choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/>	inne (jakie?) .....
<input type="checkbox"/>	choroba układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	schorzenia układu pokarmowego	<input type="checkbox"/>	.....

### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\***

Nie

Tak – uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

### **Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

.....

data

pieczęć i podpis lekarza

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

Choroby współistniejące, przebyte operacje .....

Uczulenia .....

Przyjmowane leki ( nazwa i dawkowanie ), zaopatrzenie ortopedyczne .....

Odchylenie 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

**Informacja o stanie zdrowia jest ważna 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza.**

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej