

PCPR.VIIRON.523.....

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

Imię i nazwisko.....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
Telefon..... 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 / i niezdolności do samodzielnej egzystencji | | | |
| d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia | | | |

KORZYSTAŁEM(AM) Z DOFINANSOWANIA DO UCZESNICTWA 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach 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

Wypełnia PCPR

.....

Data wpływu wniosku do PCPR

.....
pieczęć PCPR i podpis pracownika

załączniki do wniosku:

1. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności /kopia i oryginał lub jego odpowiednik
2. karta funkcjonowania społecznego

* 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:**

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu ☐ dysfunkcja narządu słuchu ☐ dysfunkcja narządu wzroku
☐ upośledzenie umysłowe ☐ choroba psychiczna ☐ epilepsja
☐ schorzenia układu krążenia ☐ inne (jakie?)
☐ osoby poruszające się na wózku inwalidzkim

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- ☐ Nie
☐ Tak – uzasadnienie
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

KARTA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO**1.**

Imię i nazwisko.....

Wiek.....

PESEL.....

2. Wnioskodawca zamieszkuje:☐ samotnie☐ z rodziną**3. Zdolność do wykonywania czynności w zakresie samoobsługi**

Ocena samodzielności i zależności od innych w wykonywaniu czynności samoobsługowych

<p style="text-align: center;">UTRZYMYWANIE CIAŁA W CZYSTOŚCI</p> <p><input type="checkbox"/> w pełni samodzielnie</p> <p><input type="checkbox"/> z częściową pomocą</p> <p><input type="checkbox"/> wymaga całkowitej opieki</p>	
<p style="text-align: center;">ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH</p> <p><input type="checkbox"/> w pełni samodzielnie</p> <p><input type="checkbox"/> z częściową pomocą</p> <p><input type="checkbox"/> wymaga całkowitej opieki</p>	
<p style="text-align: center;">UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE</p> <p><input type="checkbox"/> w pełni samodzielnie</p> <p><input type="checkbox"/> z częściową pomocą</p> <p><input type="checkbox"/> wymaga całkowitej opieki</p>	
<p style="text-align: center;">SPOŻYWANIE POSIŁKÓW</p> <p><input type="checkbox"/> w pełni samodzielnie</p> <p><input type="checkbox"/> z częściową pomocą</p> <p><input type="checkbox"/> wymaga całkowitej opieki</p>	

poruszanie się						
samodzielnie bez oprzyrządowania	samodzielnie po zaprotezowaniu	z łaską	przy pomocy kul	z balkonikiem	na wózku inwalidzkim	z przewodnikiem

* właściwe zakresł krzyżykiem X

4. Zdolność do komunikowania się i ewentualny rodzaj i zakres ograniczeń tej zdolności (z uwzględnieniem zaburzeń w zakresie: realizacji mowy, rozumieniu mowy i percepcji mowy).

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

5. Zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pełnienie ról społecznych (z uwzględnieniem umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, rozwiązywania codziennych problemów, podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby) i ewentualne ograniczenia w realizowaniu tych zdolności.

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

.....
miejscowość i data

.....
podpis wnioskodawcy