

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

.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym: .....

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)..... r. Nie

JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ\*\* Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna .....  
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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\*\*\*

Na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ( UE) 2016/676/RODO/ z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016 r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bartoszycach.

.....

Data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

Właściwe zaznaczyć

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

---

Wypełnia PCPR

.....  
Data wpływu wniosku do PCPR

.....  
pieczęć PCPR i podpis pracownika

---

**załączniki do wniosku:**

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
2. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny ( załącznik nr 1)
3. karta funkcjonowania społecznego ( załącznik nr 2)
4. oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej uczestniczącej w turnusie rehabilitacyjnym ( załącznik nr 3)
5. kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego, pełnomocnika) (oryginał 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:\*\*

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

poruszanie się						
samodzielnie bez oprzyrządowania	samodzielnie po zaprotezowaniu	z laską	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

### OŚWIADCZENIE

opiekuna osoby niepełnosprawnej uczestniczącej w turnusie rehabilitacyjnym dla celów  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bartoszycach

.....  
nazwisko i imię

.....  
adres zamieszkania

.....  
dowód osobisty

.....  
nr PESEL

jako opiekun osoby niepełnosprawnej.....  
(nazwisko i imię osoby niepełnosprawnej)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego  
Oświadczam, że:

1. Nie będę pełnił/ła funkcji członka kadry na tym turnusie.
2. Nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby.
3. Ukończyłem/am 18 lat.
4. Ukończyłem /am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej
5. Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ( UE) 2016/676/RODO/ z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016 r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bartoszycach.

.....  
data złożenia oświadczenia

.....  
czytelny podpis opiekuna