

Załącznik nr 1 do zasad i procedur dofinansowania do udziału osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Sobieskiego 279A, 84-200 Wejherowo
Zespół Obsługi Programów PFRON
www.pcprwejherowo.pl e-mail: rs@pcprwejherowo.pl
tel. 58 672 40 63 wew.15 fax. 58 672 27 02

Nr sprawy PP.610.20..... Data wpływu wniosku

**Wniosek o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL albo **seria i nr dok. toż.**

Adres zamieszkania *

Data urodzenia tel.

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 niezdolności do pracy / 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 uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON

**

TAK (podać rok) **NIE**

Jestem zatrudniona/y w Zakładzie Pracy Chronionej ** **TAK** **NIE**

Imię i nazwisko opiekuna PESEL

(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 (w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach) ***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku oraz w załączonym wniosku lekarskim zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014. 1182 j.t.).

.....

Data

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

* - w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** - właściwe zaznaczyć **X**

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

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ :

1. wniosek lekarski **uzasadniający udział w turnusie rehabilitacyjnym**, sporządzony nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie zgodnie z *załącznikiem nr 2* do niniejszych procedur,
2. kopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego).
3. zaświadczenie o pobieraniu nauki przez osobę niepełnosprawną w przypadku osób powyżej 18 r. ż,
4. zaświadczenia o zatrudnieniu lub oświadczenie o braku zatrudnienia osoby niepełnosprawnej,
5. oświadczenie opiekuna ,że nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie,
6. oświadczenie opiekuna, że nie jest on osobą niepełnosprawną wymagającą opieki osoby drugiej,
7. oświadczenie opiekuna osoby w wieku 16-18 r. ż, że jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
8. Zaświadczenie z PUP o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

.....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości :

Adres zamieszkania *

Rodzaj schorzenia **

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
krążenia | | <input type="checkbox"/> schorzenia układu |
| <input type="checkbox"/> padaczka | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu |
| <input type="checkbox"/> układu oddechowego | <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> słuchu | | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym

NIE

TAK – uzasadnienie

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

Uwagi:

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

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU

1. wniosek został złożony we właściwej instytucji
2. wniosek został sporządzony na obowiązującym formularzu.....
3. wnioskodawca nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie.....
4. wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku

Lp.	WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI	Dołączono do wniosku	Pismo o brakach – data	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1	wniosek lekarski uzasadniający udział w turnusie rehabilitacyjnym,				
2	kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego).				
3	zaświadczenie o pobieraniu nauki przez osobę niepełnosprawną w przypadku osób powyżej 18 r.ż.				
4	zaświadczenie o zatrudnieniu lub oświadczenie o braku zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, zaświadczenie o zarejestrowaniu w PUP jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy				
5	oświadczenie opiekuna, że nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie,				
6	oświadczenie opiekuna, że nie jest on osobą niepełnosprawną wymagającą opieki osoby drugiej,				
7	oświadczenie opiekuna w wieku 16-18 r.ż, że jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.				

Ocena formalna wniosku: pozytywna

negatywna

.....
podpis pracownika merytorycznego

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *

Rodzaj turnusu

Termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

.....

» Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

Data

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym)

.....
.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów

.....
.....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana / Pani.....

wraz z opiekunem*

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym)

.....
.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity koszt turnusu dla:

Osoby niepełnosprawnej zł, słownie zł

.....
.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej * zł, słownie zł

.....
.....

Zobowiązuję się, w terminie 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR „informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego” sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na

dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku:oddział

Nr

.....

.....

data

.....

pieczęć i czytelny podpis organizatora

* właściwe zaznaczyć

Pieczęć organizatora turnusu

INFORMACJA O PRZEBIEGU TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia organizator turnusu)

Imię i Nazwisko uczestnika turnusu

Adres zamieszkania *

.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Miejsce turnusu (nazwa ośrodka i adres z kodem pocztowym)

.....
.....

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu

.....

Rodzaj turnusu (jaki?):

.....

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju
i charakteru zajęć, w tym liczba godzin oraz uzyskane efekty):

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

.....

Data

.....

Imię i nazwisko oraz podpis

kierownika turnusu

Przeprowadzono dwukrotnie (na początku i na końcu turnusu) badanie lekarskie **

Tak Nie

Zastosowano zabiegi fizjoterapeutyczne Tak Nie

Jakie zabiegi fizjoterapeutyczne:

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

Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej ** *: tak nie

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

.....
Data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program obejmował zajęcia fizjoterapeutyczne

*** Opisać rolę opiekuna