

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

PESEL

Adres zamieszkania (z kodem pocztowym)

Numer telefonu

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie

Posiadane orzeczenie: (należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność) * :

- a. o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
- b. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich: I II III
- c. o całkowitej niezdolności do pracy o częściowej niezdolności do pracy
- o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d. o niepełnosprawności dla osoby do 16 roku życia

Korzystałem/łam z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON* Tak, w roku Nie**Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej*** Tak, nazwa Nie

Imię, nazwisko opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym

.....
(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu na turnusie wraz z opiekunem)**OŚWIADCZENIE :**

Niniejszym 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 netto zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Niniejszym oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 KK § 1).

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia sporządzonego przez lekarza, pod którego opieką się znajduję. Jednocześnie oświadczam, że na turnusie nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry.

.....
data.....
czytelny podpis wnioskodawcy

* właściwie zaznaczyć

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji *

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?) | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym *

- NIE
- TAK – uzasadnienie:
-
-
-
-

Uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

* Właściwe zaznaczyć

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy):

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nysie, z siedzibą przy ul. Piastowskiej 33a, 48-300 Nysa, w celach związanych z realizacją wniosku dotyczącego dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ustawą o ochronie danych osobowych. Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne. Podanie numeru telefonu jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

.....

podpis wnioskodawcy

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania (z kodem pocztowym)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

(Wypełnia opiekun jeżeli lekarz we wniosku uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawidłowych danych (art.233KK) oświadczam, że podejmuję się opieki (kogo) na turnusie rehabilitacyjnym.

Jednocześnie oświadczam, że:

- na tym turnusie nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończyłem(łam) 18 lat
lub
- ukończyłem(łam) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....

data

.....

czytelny podpis opiekuna na turnusie

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku dziecka rodzice, bądź opiekun prawny)

Dane uczestnika turnusu :

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL

Adres z kodem pocztowym

Rodzaj turnusu

Termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu :

Nazwa

Adres z kodem pocztowym

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus :

Nazwa

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

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie *

Zwracając się z prośbą o dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym oświadczam,
że jestem osobą niepełnosprawną, uczącą się i niepracującą.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* do Oświadczenia należy dołączyć zaświadczenie o kontynuowaniu nauki ze szkoły bądź uczelni

**Informacje uzupełniające do wniosku
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

ustanowiony/a: przedstawicielem ustawowym* / opiekunem prawnym* / pełnomocnikiem*:

.....

(imię i nazwisko podopiecznego)

postanowieniem Sądu Rejonowego*:

.....

.....

z dn. sygn. Akt*:

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

.....

z dn. repet. nr

.....

data

.....

czytelny podpis

przedstawiciela ustawowego* / opiekuna prawnego* / pełnomocnika*

PEŁNOMOCNICTWO

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona Nazwisko

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji

Numer telefonu

Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona Nazwisko

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji

Numer telefonu

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym oraz złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym oraz złożonym w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym oraz złożonym w systemie SOW. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga złożenia nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje na piśmie lub za pośrednictwem systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

Do wniosku należy dołączyć również:

1. kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych,
2. zaświadczenie o kontynuowaniu nauki ze szkoły bądź uczelni (dotyczy osób w wieku od 16-24 roku życia)