

Nr wniosku .....  
(wypełnia PCPR)

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

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

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>	o stopieniu <b>umiarkowanym</b>	o stopieniu <b>lekkim</b>
I grupa	II grupa	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"/> <b>TAK</b> (podać rok) .....	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej<sup>2</sup></b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>Jestem osobą kontynuującą naukę</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>

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, wynosił: .....

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>.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych w związku z prowadzonym postępowaniem o przyznanie świadczeń ze środków PFRON zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (j.t. Dz.U. z 2014 poz.1182). Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łukowie. Oświadczam, że wiem o moim prawie do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

.....  
Data

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

**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. 228 poz. 2255 z późniejszymi zmianami) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i 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 1998 r.)
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).

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i  
nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu  
tożsamości .....

Adres (miejsce  
pobytu\*) .....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:\*\*

- dysfunkcja narządu ruchu     dysfunkcja narządu słuchu     dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe     choroba psychiczna     epilepsja     cukrzyca
- schorzenia układu krążenia     schorzenia układu oddechowego     choroby neurologiczne
- schorzenia układu pokarmowego     choroby układu moczowo-płciowego
- inne ( jakie? ) .....

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

- Nie
- Tak – uzasadnienie: .....
- .....
- .....
- .....

### Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

\*\* właściwe zaznaczyć