

Wypełnia PCPR

.....
(pieczęć PCPR)

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

PCPR. 54 . .2025

**Wniosek o dofinansowanie 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

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia nr telefonu.....

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 ☐ o 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 zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej** ☐ TAK ☐ NIE

Imię i nazwisko opiekuna

(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, wyniósłzł.

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. ***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, 64-980 Trzcianka, na potrzeby związane z realizacją wniosku.

Informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance dostępna jest na stronie internetowej pod adresem:

<http://trzcianka.naszepecpr.pl/klauzula-informacyjna>.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na 2025 rok przez Radę Powiatu Czarnkowsko –Trzcianieckiego.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Do wniosku należy dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności.

Oświadczenie Wnioskodawcy o kontynuowaniu nauki i braku zatrudnienia (osoby w wieku od 16-24 roku życia)

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(Adres: kod i miejscowość)

.....
(Ulica i numer domu)

.....
(Numer PESEL)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Trzciance

Zwracając się z prośbą o dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w 2025 roku, oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną, uczącą się i niepracującą.

....., dnia2025 r.
miejscowość

.....
(czytelny podpis)

Proszę pamiętać o konieczności dostarczenia zaświadczenia o kontynuowaniu nauki ze szkoły bądź uczelni.

.....
(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

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ upośledzenie umysłowe

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ padaczka

☐ choroba psychiczna

☐ inne (jakie?).....

☐ schorzenia układu krążenia

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

☐ Nie

☐ Tak – uzasadnienie:

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Oświadczenie osoby mającej sprawować opiekę nad Wnioskodawcą podczas turnusu rehabilitacyjnego (w przypadku wskazania lekarskiego określającego konieczność pobytu opiekuna)

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(Adres: kod i miejscowość)

.....
(Ulica i numer domu)

.....
(Numer PESEL)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Trzciance

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie mojego pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w celu sprawowania opieki nad(*imię i nazwisko*)

Oświadczam, że w czasie ww. turnusu nie będę pełnił/a funkcji członka kadry oraz nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby.

.....
(czytelny podpis opiekuna)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

ZWROT DO PCPR W CIAGU 30 DNI

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer 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 o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

.....

(data)

(podpis przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

..... (data) (podpis)

* niepotrzebne skreślić