

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania \* .....

.....

Telefon kontaktowy .....

Data urodzenia .....

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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)*

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 .....

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. \*\*\*

.....  
data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

- \* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
- \*\* Właściwie zaznaczyć
- \*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

**Wypełnia PCPR**

.....  
data wpływu wniosku do PCPR

.....  
pieczęć PCPR i podpis pracownika

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....  
PESEL albo numer dokumentu.....  
Adres zamieszkania\* .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*:

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak - uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* Właściwe zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)