

MOPS-DPN.4242.....

**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 urodzeniatel.

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)

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

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

Dokumenty wymagane do wniosku:

-kopia dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 i§1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997r Kodeksu Karnego oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

„§1.Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. §1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

.....
(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 | |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ choroba psychiczna | ☐ padaczka |
| ☐ schorzenie układu krążenia | ☐ inne (jakie?) |
| | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK - uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)