

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WROCŁAWIU

NR wniosku.....

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

Imię i nazwisko ..... Nr telefonu.....

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości) .....

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

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 grupa       II grupa       III grupa
- c)  o częściowej niezdolności do pracy     o całkowitej niezdolności do pracy /w gospodarstwie rolnym
- o całkowitej niezdolności do pracy i 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 tylko, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\* właściwe zaznaczyć

**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 ..... zł.

Liczba osób wspólnie zamieszkających wynosi .....

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Kwota dochodu
1		wnioskodawca		
2				
3				
4				
5				
6				

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, sporządzonego przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

.....  
Data wpływu wniosku do PCPR

.....  
pieczęć PCPR i podpis pracownika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131, w celu złożenia wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (treść <http://www.pcpr.wroclaw.pl/ochrona-danych-osobowych>), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Data .....

.....

(czytelny podpis)

## WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

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

.....

### Rodzaje schorzenia:

- dysfunkcja narządu ruchu                       dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe                       choroba psychiczna                       epilepsja
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?).....

### Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:\*\*

- protezowanie/zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- protezowanie/zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki                       kule łokciowe                       inne (jakie?) .....

### Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:\*\*

- nie
- tak – uzasadnienie .....
- .....
- .....

### Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....

.....

.....

.....

### Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\*właściwie zaznaczyć

**Wypełnić tylko jeśli lekarz zaleci pobyt opiekuna na turnusie**

**Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej  
niezbędnego i uczestniczącego w turnusie rehabilitacyjnym**

**Imię i nazwisko opiekuna** .....

**PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

.....

.....

**Oświadczam:**

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, w którym uczestniczy osoba niepełnosprawna (imię i nazwisko) .....

2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,

3. ukończyłem 18 lat\* /albo ukończyłem 16\* lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny w/w osoby niepełnosprawnej,

4. że korzystałem\* / nie korzystałem\* z dofinansowania do wyjazdu na turnus rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w roku.....

5. posiadam\*/ nie posiadam\* stopień niepełnosprawności lub grupę inwalidzką.....

\*niepotrzebne skreślić

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U. z 2019 r. poz.1950 ze zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Kościuszki 131, 50-440 Wrocław.

.....  
( miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis opiekuna)



Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131, w celu realizacji wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (treść <http://www.pcpr.wroclaw.pl/ochrona-danych-osobowych>), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania

Data .....

.....

(czytelny podpis)