

.....
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 | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ choroba psychiczna |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ padaczka |
| ☐ dysfunkcja narządu słuchu | ☐ inne (jakie?) |
| ☐ schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

INFORMACJA

o przeciętnym miesięcznym dochodzie w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

Nazwisko i imię:
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania:
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnich miesięcznych dochodach za kwartał 20... roku:

1. wynagrodzenie — średni miesięczny dochód za kwartał 20.... roku.....zł
2. emerytura-renta — średni miesięczny dochód za kwartał 20.....roku. zł
3. dochód rolny (liczba ha przeliczeniowych x 452,42 zł)
4. inne (alimenty, zasiłek stały, itp.).....

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny miesięczny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni miesięczny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 20.....roku

wynosi: zł

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej
rodzice bądź opiekun prawny)

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.

**Ocena sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
ubiegającej się o uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym
z dofinansowaniem ze środków PFRON**

NAZWISKO i IMIĘ

- 1. Czy korzysta Pan/i z ośrodków wsparcia (warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dom dziennego pobytu, kluby integracyjne, organizacje społeczne, stowarzyszenia lub inne)***

TAK (podać jakie)

.....

NIE

- 2. Czy wymaga Pan/i pomocy osoby drugiej w realizacji kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu (np. nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych, wykonywanie czynności i rozwiązywanie problemów dnia codziennego, załatwianie spraw urzędowych, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby).**

TAK

NIE

- 3. Czy korzysta Pan/i z usług pielęgnacyjnych opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych:**

TAK (podać przez kogo świadczone)

NIE

.....

*** właściwe zaznaczyć**

podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE
opiekuna osoby niepełnosprawnej
dla PCPR w Tarnobrzegu

Nazwisko i imię opiekuna

Adres zamieszkania

.....

.....

Nr PESEL

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu
rehabilitacyjnego organizowanego w ośrodku :

.....

w terminie

i zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie dofinansowania do kosztów uczestnictwa
w wyżej wymienionym turnusie dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że jest mi wiadomym, iż dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osób
niepełnosprawnych przysługuje jeden raz w roku.

Oświadczam, że nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na tym turnusie.

Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

.....

Data

.....

czytelny podpis