



Wniosek nr: MOPR.ZODON.4150 - /202

## 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: .....

Adres zamieszkania:\* .....

Data urodzenia:.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:.....

### POSIADANE ORZECZENIE \*\*

a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim

Numer orzeczenia:

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  I  II  III

c)  o całkowitej  o częściowej niezdolności do pracy  o niezdolności do samodzielnej egzystencji  o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

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, wynosił: ..... zł.  
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.

**Informacje uzupełniające do wniosku  
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY  
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),  
opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko:.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:.....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia:

Ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\*/ pełnomocnikiem\*:.....

.....

Postanowieniem Sadu Rejonowego:.....

.....

z dn. .... sygn.akt\*:.....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*:.....

.....

z dnia. .... repet. nr .....

.....

*data*

.....

*podpis*

.....  
 (pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
 lub gabinetu lekarskiego)

## WNIOSEK LEKRZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Adres zamieszkania (miejsce pobytu):</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:</b>	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroba psychiczna <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia <input type="checkbox"/> inne:
<b>Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Uzasadnienie (pobytu opiekuna na turnusie):</b>	
<b>Uwagi (dotyczące pobytu na turnusie):</b>	
<i>Data</i>	<i>Pieczętka i podpis lekarza</i>