

**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 urodzenia.....
Nr telefonu.....
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(a)m 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
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, wyniósł 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

** Właściwe 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 tożsamości.....
Adres zamieszkania*.....
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ schorzenia układu krążenia

- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ padaczka
- ☐ inne (jakie?).....
.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ Nie
- ☐ Tak – uzasadnienie.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Imię i Nazwisko.....

Adres.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lub., ul. Grunwaldzka 3, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135) gromadzonych w celu uzyskania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

PCPR.530. . . .2016

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY
W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (OPIEKUN PRAWNY)

1. Imię i nazwisko

Wiek wnioskodawcy.....

2. Ocena sytuacji społecznej wnioskodawcy

1). Proszę opisać jak Pani/Pana/dziecko* niepełnosprawność wpływa na zaspakajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2). Wnioskodawca (podopieczny) utrzymuje kontakty ze środowiskiem, innymi osobami (właściwie zaznaczyć):

- ☐ bardzo często
- ☐ często
- ☐ regularnie
- ☐ nieregularnie
- ☐ sporadycznie
- ☐ rzadko
- ☐ nie utrzymuje kontaktów (proszę napisać dlaczego ?)

.....
.....

3). Ocena sytuacji zawodowej wnioskodawcy (właściwie zaznaczyć):

- ☐ dzieci i młodzież do lat 16
- ☐ osoba w wieku od lat 16 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca i niepracująca,
- ☐ zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ bezrobotny
- ☐ rencista poszukujący pracy
- ☐ rencista
- ☐ emeryt - dodatkowo pracujący/niepracujący (właściwie zaznaczyć)

3. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (właściwie zaznaczyć):

- ☐ podnoszenie samodzielności na poziomie indywidualnym danej osoby
- ☐ nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych, porozumiewanie się z innymi
- ☐ pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do efektywnego pełnienia ról społecznych
- ☐ korzystanie z zasobów natury i dóbr kultury
- ☐ odkrywanie, rozwijanie zainteresowań
- ☐ integracja społeczna
- ☐ usprawnienie umiejętności samoobsługowych
- ☐ wyrabianie zaradności osobistej
- ☐ rozwijanie zdolności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych
- ☐ rozbudzanie motywacji integracyjnych
- ☐ zgodnie z wiekiem **

* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego dla dziecka

** dotyczy dzieci w wieku do lat 3

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

B. WYPEŁNIA PCPR

Ocena sytuacji społecznej i potrzeb rozwijania umiejętności społecznych wnioskodawcy

- ☐ uzasadnia udział w turnusie rehabilitacyjnym
- ☐ nie uzasadnia udziału w turnusie rehabilitacyjnym

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis pracownika socjalnego)