

Nr Sprawy...../.....

**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\* .....

.....Nr tel. ....

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   gr. I   gr. II   gr. 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)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach  
rodziny, 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.

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych, Administratorem danych  
osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą  
w Łaziskach Górnych ul. Chopina 8, 43-170 Łaziska Górne   tel. 32 2244390

e-mail [pcpr.mikolow@poczta.fm](mailto:pcpr.mikolow@poczta.fm)

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                   | 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)