

**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 telefonu .....

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                     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(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 .....

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.

**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\*\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim |  |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |
|   | .....  |

### 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 WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej 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 korzystałam/korzystałem 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.**

**Oświadczam, że nie brałam/brałem w bieżącym roku udziału w turnusie rehabilitacyjnym jako uczestnik, jako kadra, jako opiekun osoby niepełnosprawnej.**

**Oświadczam, iż wybrany ośrodek, organizator turnusu rehabilitacyjnego posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania wybranego przeze mnie turnusu.**

**Oświadczam, iż wybrany ośrodek jest uprawniony do przyjęcia mojej osoby na turnus rehabilitacyjny zgodnie z określonymi w orzeczeniu/wniosku lekarskim dysfunkcją, czy schorzeniem.**

**Oświadczam, iż wybrany organizator jest uprawniony do przyjęcia mojej osoby na turnus rehabilitacyjny zgodnie z określonym w orzeczeniu/wniosku lekarskim dysfunkcją, czy schorzeniem.**

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

---

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

## Oświadczenie

1. Oświadczam, iż na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełniła/pełnił funkcji członka kardy, nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej (sporządzonej nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu) „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję (załącznik do wniosku).
3. Zobowiązuję się do dostarczenia do PCPR w Kwidzynie w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznanej dofinansowaniu, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu „Informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego” sporządzonej na odrębnym załączniku do wniosku.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
5. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek finansowany w bieżącym roku nie przechodzi na rok następny.
6. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
  - a) turnus rehabilitacyjny musi trwać co najmniej 14 dni, wyłącznie na terenie kraju;
  - b) w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym przez osobę niepełnosprawną lub jej opiekuna, z przyczyn innych niż losowe, osoba niepełnosprawna lub opiekun ponosi całkowite koszty pobytu na tym turnusie;
  - c) turnus rehabilitacyjny musi się odbyć w ośrodku uprawnionym do organizowanie turnusów rehabilitacyjnych, który posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków;
  - d) wybrany organizator turnusu rehabilitacyjnego musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

### Informacje przydatne dla wnioskodawcy:

- wybrany ośrodek musi być wpisany do rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych przy udziale środków PFRON;
- organizator turnusu musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów;
- wybrany ośrodek musi być uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami, to samo dotyczy organizatora;
- w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe, osoba niepełnosprawna ponosi koszty pobytu na tym turnusie;
- w przypadku skrócenia pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe, opiekun ponosi koszty pobytu na tym turnusie;
- niniejsza informację o wyborze turnusu należy złożyć do PCPR w Kwidzynie w terminie do 30 dni od otrzymanie powiadomienia o przyznaniu dofinansowani, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego;
- informacje o ośrodkach oraz organizatorach turnusów dostępne są na stronie internetowej: <http://empatia.mpips.pl>.

## Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej

### 1. Dane osobowe:

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

### 2. Sytuacja rodzinna:

Stan cywilny ..... Ilość osób w rodzinie .....

### 3. Sytuacja zawodowa:

- osoba zatrudniona;
- osoba zatrudniona, pobierająca świadczenie emerytalno – rentowe;
- osoba niepracująca, pobierająca świadczenie emerytalno – rentowe;
- osoba poszukująca pracy.

### 4. Zdolność do poruszania się (proszę zaznaczyć odpowiednio):

- wstawanie z łóżka i powrót do niego:  samodzielnie,  z częściową pomocą,  z pomocą całkowitą;
- przygotowania posiłków:  samodzielnie,  z częściową pomocą,  z pomocą całkowitą;
- chodzenie w obrębie mieszkania:  samodzielnie,  z częściową pomocą,  z pomocą całkowitą;
- opuszczanie mieszkania i powrót do niego:  samodzielnie,  z częściową pomocą,  z pomocą całkowitą;
- korzystanie ze środków komunikacji:  samodzielnie,  z częściową pomocą,  z pomocą całkowitą;
- przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania:  samodzielnie,  z częściową pomocą,  z pomocą całkowitą;
- inne, nie wymienione wyżej (wskazać jakie) .....

### 5. Poruszanie się (proszę odpowiednio zaznaczyć):

- samodzielnie bez oprzyrządowania;  z balkonikiem;
- samodzielnie po oprotezowaniu;  na wózku inwalidzkim;
- z laską;  z przewodnikiem;
- przy pomocy kul.

### 6. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego (proszę zaznaczyć odpowiednio):

- sprząatanie:  samodzielnie,  z pomocą;
- pranie, gotowanie, zmywanie:  samodzielnie,  z pomocą;
- ogrzewanie mieszkania:  samodzielnie,  z pomocą;
- robienie zakupów:  samodzielnie,  z pomocą;
- dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo:  samodzielnie,  z pomocą.

### 7. Zakres koniecznej opieki i pomocy innych osób oraz system środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji:

Korzystanie z usług medycznych (jakich?) .....

Korzystanie z systemu wsparcia np. WTZ, ośrodki wsparcia, usługi opiekuńcze, inne (wypisać jakie) .....

### 8. Zdolność do funkcjonowania w środowisku szkolnym (proszę podkreślić odpowiednio):

- dziecko uczęszcza do żłobka, przedszkola ogólnodostępnego/specjalnego/integracyjnego, szkoły ogólnodostępnej/specjalnej/integracyjnej, korzysta z nauczania indywidualnego;
- dziecko korzysta ze świetlicy, stołówki, zajęć pozalekcyjnych i inne (jakie?) .....

**9. W jakim celu chce Pani/Pan uczestniczyć w turnusie rehabilitacyjnym (proszę podkreślić odpowiednie):**  
wyrabianie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej, wyrabianie umiejętności samodzielnego  
wypełniania ról społecznych, wypoczynek, nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizacja  
i rozwijanie zainteresowań, nauka funkcjonowania z niepełnosprawnością,  
inne .....

**Oświadczam,** że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej  
za składanie fałszywych danych.

.....  
(data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

....., dnia .....

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

.....  
(adres)  
.....

### **Oświadczenie**

(wypełnić jeśli lekarz uzna konieczność pobytu opiekuna)

Ja jako opiekun osoby niepełnosprawnej Pani/Pana .....

.....  
podczas turnusu rehabilitacyjnego, który odbędzie się w dniach .....

.....  
w .....

oświadczam, iż:

- nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
- ukończyłam(em) 18 lat;
- ukończyłam(em) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR zadań ustawowych, zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....  
(czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### Informacja o stanie zdrowia\*

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\*\* .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

Choroby współistniejące, przebyte operacje .....

Uczulenia .....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne .....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych .....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia .....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia .....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

---

\* Ważna tylko 3 miesiące.

\*\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.