

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 rehabilitacyjnego

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.

/ INFORMACJĘ O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO należy przekazać do PCPR w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego./

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Niniejszym oświadczam, że nie jestem członkiem kadry, ani opiekunem innej osoby niepełnosprawnej na turnusie, do którego wnioskuję o dofinansowanie.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis)

Tel.

.....
imię, nazwisko opiekuna - data urodzenia

.....
Adres, telefon

Będę opiekunem na turnusie rehabilitacyjnym dla:

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Niniejszym oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby i nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, na którym jestem opiekunem dla osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam również, że mam ukończone 18 lat / mam ukończone 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.*

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis opiekuna)

*Właściwie zaznaczyć

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....
PESEL
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

.....
podpis i pieczęć lekarza

* ważna 3 miesiące po wypełnieniu

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów.....

Potwierdzam możliwość uczestnictwa Pana/Pani.....

wraz z opiekunem*

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?).....

w terminie od..... do.....

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym)

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków.....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej..... zł, słownie zł.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej* zł, słownie zł.....

Zobowiązuje się, w terminie 21 dni od dnia zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzeniu w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuje się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek bankowy:

.....
(data)

.....
(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

* Niepotrzebne skreślić.