

**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 nr dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Telefon .....

Data urodzenia .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

Sytuacja zawodowa (uczeń) .....

**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 o 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**

**1. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, 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 .....**

2. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.  
3. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. \*\*\*

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**Załączniki:**

**1. Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności**

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

.....  
(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"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne(jakie?).....         |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | .....  |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK - uzasadnienie

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

### Uwagi:

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

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)