

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

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

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)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

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 lub numer dowodu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia Telefon

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności znaczny umiarkowanym lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
- c) o całkowitej niezdolności do pracy o częściowej niezdolności do pracy
o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i 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 zaleci pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym 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 zł (słownie zł:))

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§1,2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” ***

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem przewidzianym w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, przewidującego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy karę pozbawienia wolności do lat 3.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

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

Do wniosku należy dołączyć kopię aktualnego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu) oraz dokumenty potwierdzające osiągnięty dochód (kopie oryginał do wglądu).

Wypełnia MOPS

.....
Data wpływu wniosku do MOPS

.....
Pieczęć MOPS 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 (miejsce pobytu*)

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 rehabilitacyjnym

- Nie
- Tak – **wyraźne** uzasadnienie konieczności pobytu opiekuna
-
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

Biała Podlaska, dnia

.....
.....
.....
PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

1. W 2021 roku nie uzyskałem/łam dofinansowania do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON;
2. Wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej;
3. Wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
4. Będę uczestniczył/ła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu;
5. Nie będę pełnił/ła funkcji członka kadry na turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu

.....
czytelny podpis

Ankieta do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Ankieta służy do oceny funkcjonowania społecznego osoby niepełnosprawnej, składającej wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Turnus rehabilitacyjny – zorganizowana forma aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, m.in. Przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Przyczyna niepełnosprawności/choroba zasadnicza

Rodzaj dysfunkcji lub schorzenia

Choroby współistniejące

Zaopatrzenie w niezbędny sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze

Czy Pan/Pani mieszka sama, czy z rodziną?

Czy i kiedy Pan/Pani korzystała z rehabilitacji leczniczej (np. pobyty sanatoryjne na skierowanie lekarza oraz NFZ, zabiegi rehabilitacyjne na zlecenie lekarza)?

Czy rodzina/osoba korzysta z pomocy?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Rodziny lub krewnych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 2. Organizacji samopomocowych, pozarządowych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 3. Kościoła i związków wyznaniowych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 4. Zakładu pracy | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 5. Osób obcych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 6. | | |

Sytuacja zawodowa /zaznaczyć właściwe/:

a/ dziecko

b/ osoba ucząca się

c/ osoba pracująca zawodowo

d/ emeryt/rencista

e/ osoba bezrobotna/poszukująca pracy

f/ osoba niepracująca/ nie zainteresowana pracą

Czy rodzina/osoba korzysta ze świadczeń pomocy społecznej? Tak Nie

Źródła utrzymania rodziny

Zdolność do wykonywania czynności w zakresie samoobsługi (ocena stopnia samodzielności i zależności od innych w wykonywaniu czynności samoobsługowych)

- wykonywanie czynności w pełni samodzielnie
- konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności
- pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki

Zdolność poruszania się (ocena stopnia samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się)

- wykonywanie czynności w pełni samodzielnie
- konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności
- pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki

Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego (ocena stopnia samodzielności i zależności od innych w prowadzeniu gospodarstwa domowego)

- wykonywanie czynności w pełni samodzielnie
- konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności
- pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki

Czy udziela się Pan/Pani społecznie? (udział w stowarzyszeniu, zajęcia usprawniające, uniwersytet trzeciego wieku, itp.)

Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania, zamiłowania, hobby)

Potrzeby i oczekiwania w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (właściwe podkreślić):

1. wzrost samoobsługi
2. uczenie się współżycia i współdziałania z innymi ludźmi
3. wyrabianie nawyków kulturalnego zachowania się
4. aktywizacja i współdziałanie w zespole
5. opanowanie coraz bardziej skomplikowanych czynności
6. lepsze radzenie sobie w załatwianiu prostych spraw
7. poprawa nastroju i komunikacji z otoczeniem
8. korzystanie z zabiegów rehabilitacji leczniczej w celu poprawy kondycji fizycznej i psychicznej
9. rozwijanie umiejętności życiowych dzieci i młodzieży poprzez promocję zdrowia i edukację zdrowotną
10. budzenie wrażliwości społecznej poprzez włączanie się do prac zespołowych
11. budzenie poczucia własnej wartości
12. wyrównanie i przywrócenie naruszonej równowagi organizmu oraz usunięcie nieprzyjemnych emocji
13. optymalne warunki zabawy i wypoczynku w celu zwiększenia własnej aktywności
14. wyrabianie zaradności osobistej
15. nawiązanie kontaktu z rówieśnikami
16. wspólna terapia dzieci i rodziców
17. uspołecznienie poprzez integrację, sport, turystykę
18.

Oczekiwania osoby niepełnosprawnej odnośnie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (zaznaczyć jedno najważniejsze)

- ogólna poprawa sprawności psychofizycznej
- nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych
- rozwijanie zainteresowań
- zabiegi fizjoterapeutyczne

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000).

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem przewidzianym w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, przewidującego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy karę pozbawienia wolności do lat 3.

Biała Podlaska, dn.

.....
(podpis)

Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania mają osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie o zaliczeniu do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoważne, osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności.

Zespół oceniający w składzie:

1.
2.

Biorąc powyższe pod uwagę zespół proponuje rozpatrzyć wniosek pozytywnie/negatywnie

Ocena:

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

Podpisy:

1.
2.

Biała Podlaska, dnia

Biała Podlaska, dnia

.....
.....
.....
PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

Na turnusie rehabilitacyjnym organizowanym w dniach
wbędę indywidualnym opiekunem
niepełnosprawnego/j, który/a otrzymał/a na ten cel
dofinansowanie ze środków PFRON.

Nie będę pełnił/a funkcji kadry na tym turnusie.

Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby

.....
podpis opiekuna

Biała Podlaska, dnia

.....
.....
.....
PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

Na turnusie rehabilitacyjnym organizowanym w dniach
wbędę indywidualnym opiekunem
niepełnosprawnego/j, który/a otrzymał/ła na ten cel
dofinansowanie ze środków PFRON.

Nie będę pełnił/ła funkcji kadry na tym turnusie.

Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby

.....
podpis opiekuna

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnej z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białej Podlaskiej.
2. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawienia.