
Załączniki do wniosku:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, w art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.,
 2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (druk w załączeniu)
 3. Oświadczenie osoby niepełnosprawnej (druk w załączeniu).
 4. Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej (druk w załączeniu) o dofinansowanie opiekuna może się ubiegać osoba niepełnosprawna znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osoba niepełnosprawna w wieku do 16 lat na wniosek lekarza.
 5. W przypadku gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej występuje przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik należy dołączyć oświadczenie (druk w załączeniu).
 6. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
 7. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16-24 lat, posiadających inny niż znaczny stopień niepełnosprawności, do wniosku należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.
-

Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem 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 ustawą o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się pracownikom PCPR ze mną w sytuacji, gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

.....
(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:

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

.....dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
dokładny adres

OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, iż w przypadku otrzymania dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego, nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

„Art. 233.

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

.....
czytelny podpis

.....dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
dokładny adres

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

(dołączać tylko do wniosku gdzie występuje konieczność opieki osoby drugiej)

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że na turnusie rehabilitacyjnym podejmę się opieki nad:

.....
(imię i nazwisko)

Jednocześnie oświadczam , że:

- na tym turnusie nie będę pełnił (a) funkcji członka kadry,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby
- ukończyłem 18 lat lub 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej *

„Art. 233.

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

.....
czytelny podpis opiekuna

*niepotrzebne skreślić