

**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 \* .....

Data urodzenia.....

Numer telefonu.....

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 turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON\*\*

TAK (podać rok)..... NIE

Imię i nazwisko opiekuna .....

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem):

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej \*\* TAK NIE

**OŚWIADCZENIE:**

Niniejszym 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** .....

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)

**Do wniosku proszę dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności**

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....  
PESEL albo nr dokumentu tożsamości .....

Adres \* .....

### 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"/> schorzenie układu krążenia                 | .....  |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE  
 TAK - uzasadnienie

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

### Uwagi:

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

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)