



.....  
data wpływu kompletnego wniosku

MOPR. VII. 40520/...../10  
nr kolejny wniosku

Pieczęć jednostki rozpatrującej wnioski

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

**Wniosek wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku dziecka rodzice bądź opiekun prawny**

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Adres zamieszkania z kodem pocztowym *)</b>	
<b>Nr telefonu</b>	
<b>Data urodzenia</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Planowany termin uczestnictwa w turnusie</b>	

Posiadane orzeczenie \*\*) :

- o stopniu niepełnosprawności                      ZNACZNY                      UMIARKOWANY                      LEKKI
- o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów            I    II    III
- o całkowitej / częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- orzeczenie o niepełnosprawności dziecka do 16 roku życia

Korzystałem/am z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON\*\*):

TAK (podać rok) ..... lub NIE

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej \*\*)    Tak     Nie

Jestem uczniem/studentem \*\*)                                      Tak     Nie

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

Imię i nazwisko .....

.....  
**Data**

.....  
**Podpis Wnioskodawcy**

\*) w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*) właściwie zaznaczyć krzyżykiem

# OŚWIADCZENIE

Liczba osób prowadzących wspólnie gospodarstwo domowe wynosiła: .....

**Suma przeciętnego miesięcznego dochodu netto wszystkich członków prowadzących wspólnie gospodarstwo domowe** wyliczona za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosiła:

.....

**Przeciętny miesięczny dochód** w przeliczeniu na **jednego członka** prowadzonego wspólnie gospodarstwa domowego wynosił: \*\*\*)

.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....  
*Podpis osoby przyjmującej  
oświadczenie*

.....  
*Data*

.....  
*Podpis osoby składającej  
oświadczenie*

**\*\*\*) Przeciętny miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **to miesięczny dochód rodziny** pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

**W przypadku wątpliwości co należy uznać za dochód, informacji udziela pracownik Sekcji ds. Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych.**

**Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, w przypadku gdy program turnusu przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.**

***Przyjmuję do wiadomości procedurę dotyczącą turnusów rehabilitacyjnych oraz zasady przyznawania dofinansowania w 2010 roku.***

.....  
*Podpis Wnioskodawcy*

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## **WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

Imię i nazwisko: .....

PESEL .....

Adres zamieszkania z kodem pocztowym \*) .....

### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \*\*):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroby psychiczne    |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                  | <input type="checkbox"/> epilepsja             |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  |  |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 |  |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....                        |  |

### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie \*\*):**

- Nie  
 Tak

### **Uzasadnienie**

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

### **UWAGI**

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

str 3

„DruX”  
MOPR Poznań 01

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

\*) w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*\*) właściwie zaznaczyć

**UWAGA !**

**Wniosek po wypełnieniu przez lekarza należy zabrać ze sobą na turnus rehabilitacyjny lub przekazać organizatorowi turnusu!**

*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

(w przypadku korzystania na turnusie z zabiegów fizjoterapeutycznych)

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL (lub nr dokumentu tożsamości)** .....

**Adres zamieszkania \*)** .....

**Choroba zasadnicza:**

**Pozostałe schorzenia lub dysfunkcje \*\*):**

dysfunkcja narządu ruchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu wzroku

schorzenia układu krążenia

inne (jakie?) .....

upośledzenie umysłowe

choroby psychiczne

epilepsja

**Uczulenia:**

**Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie)**

.....  
*Data*

.....  
*Podpis i pieczęć lekarza*

\*) w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*) właściwie zaznaczyć

## **Procedura dotycząca turnusów rehabilitacyjnych**

1. Po pobraniu druku wniosku o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym, Wnioskodawca wypełnia pierwszą i drugą stronę wniosku oraz składa podpisy w 3 wyznaczonych miejscach. Lekarz rodzinny lub specjalista wypisuje „Wniosek lekarza o skierowanie na turnus” (**konieczna pieczęćka przychodni oraz pieczęćka i podpis lekarza**).
2. Wnioskodawca składa w siedzibie MOPR pierwszą, drugą i trzecią stronę wniosku o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym, **dołączając kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności** wydanego przez ZUS/Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności/KRUS lub MSWiA (orzeczenie KRUS i MSWiA tylko jeśli zostało wydane do 31.12.1997 r.). Składając wniosek należy również **okazać oryginał dokumentu określającego niepełnosprawność oraz dowód osobisty**.
3. Złożony wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na 2010 rok przez Radę Miasta Poznania.
4. **Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca** na turnusie rehabilitacyjnym **dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez MOPR i otrzymaniu listem poleconym „Oświadczenia o przyznaniu dofinansowania”**. Czyni to za pośrednictwem organizatora, który posiada aktualne uprawnienie do organizowania turnusów rehabilitacyjnych. Dokonując wyboru turnusu należy poinformować organizatora o rodzaju posiadanych (i zaznaczonych przez lekarza we „Wniosku lekarza”) schorzeń, tak aby były one zgodne z wpisem organizatora i ośrodka do rejestru wojewody właściwego dla siedziby każdego z nich. Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wyłącznie Wnioskodawca.  
**UWAGA !!! MOPR nie zwraca kosztów turnusu rehabilitacyjnego, który odbył się przed przyznaniem dofinansowania!**
5. W terminie **30 dni** od dnia odbioru „Oświadczenia o przyznaniu dofinansowania”, Wnioskodawca dokonuje rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym, wypełnia „Informację o wyborze turnusu” i **dostarcza ją do siedziby MOPR** przy ulicy Wszystkich Świętych 1. Od dnia dostarczenia w/w „Informacji” do dnia rozpoczęcia turnusu nie powinno upłynąć mniej niż 21 dni.  
**W przypadku nieskorzystania z przyznanego dofinansowania, Wnioskodawca zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić na piśmie MOPR o rezygnacji.**

**Informujemy, że wnioski o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym przyjmowane są w siedzibie MOPR przy ul. Wszystkich Świętych 1 każdego roku, począwszy od pierwszego dnia roboczego stycznia. Wnioski złożone w poprzednim roku tracą ważność z dniem 31 grudnia danego roku.**