

Oświadczenie

Zostałem/am poinformowany/na, że:

- rozpatrzenie wniosku następuje na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2002r. Nr 14, poz. 92), i Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230. poz.1694),
- na wniosek lekarza, osoba niepełnosprawna o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osoba niepełnosprawna w wieku do 16 lat może ubiegać się o dofinansowanie pobytu na turnus rehabilitacyjny jej opiekuna, pod warunkiem, że opiekun:
 - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
 - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 - c) ukończyła 18 lat lub
 - d) ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

Prawdziwość danych podanych w oświadczeniu stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za podane informacje niezgodne z prawdą, wynikające z art. 297 § 1, 2 i 3 - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Inowrocławiu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883).

.....
data

.....
podpis

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (**oryginał do wglądu**).
2. Wniosek lekarza na turnus rehabilitacyjny wydany przez lekarza, pod opieką którego znajduje się osoba niepełnosprawna (**oryginał + kopia**).
3. Kopię dokumentów potwierdzających wysokość dochodów oświadczonych we wniosku obliczonych za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, osiągniętych przez wnioskodawcę oraz osoby pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym (**oryginał do wglądu**).
4. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**).
5. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i nie pracujących w wieku 16-24 lat posiadających inny niż znaczny stopień niepełnosprawności, do wniosku należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe 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"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK - uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)