

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"/> schorzenie 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)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

**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 numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

Numer telefonu..... *podanie jest dobrowolne i służy ułatwieniu kontaktu. Osoba, której dane dotyczą ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie numeru 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 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

*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.
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***.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach do potrzeb związanych z realizacją wniosku przez PCPR w Skierniewicach oraz została mi udostępniona klauzula informacyjna.

.....
(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

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) informuję, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skierniewicach z siedzibą pod adresem ul. Konstytucji 3 Maja 6, 96-100 Skierniewice.
2. Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email: kierownikpcpr@powiat-skierniewice.pl
3. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować poprzez adres e-mail dostępny na stronie internetowej administratora.
4. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.).
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją nie podania danych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku dotyczącego przyznania dofinansowania ze środków PFRON.
6. Dane osobowe będą ujawniane uprawnionym odbiorcom.
7. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres przez okres wynikający z obowiązującej u administratora Instrukcji kancelaryjnej – 10 lat, a w przypadku uczestników Programów – 25 lat.
8. Osoba której dane dotyczą ma prawo:
 - o dostępu do swoich danych osobowych,
 - o sprostowania swoich danych osobowych,
 - o żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
 - o sprzeciw wobec przetwarzania swoich danych osobowych,
 - o żądać przeniesienia swoich danych osobowych.

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Rodzaj turnusu

termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

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.

**Oświadczenie
opiekuna osoby niepełnosprawnej
dla PCPR w Skierniewicach**

Imię i Nazwisko.....
Adres zamieszkania.....
.....
PESEL.....

Jako opiekun osoby
niepełnosprawnej.....
zobowiązuje się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu
rehabilitacyjnego.

Oświadczam , że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki osoby
drugiej i nie pełnię funkcji członka kadry na turnusie.

.....

Data

.....

podpis opiekuna