



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Wałbrzychu

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA:

MOPS – DR –

/.....

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)

1. Dane dotyczące wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości):

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania*:

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 samodzielnej egzystencji []

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym []

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 uznał konieczność pobytu opiekuna)

2. 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, wyniósł:zł.

Liczba osób wspólnie zamieszkałych wynosi

	Stopień pokrewieństwa	dochód miesięczny
1.	Wnioskodawca	
2.		
3.		
4.		
5.		

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.***

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Załączniki :

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
2. Potwierdzenie dochodów Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkałych – odcinek renty, decyzja emerytury, informacja o dochodach z zakładu pracy, itp.
3. Zaświadczenie ze szkoły, uczelni potwierdzające pobieranie nauki.
4. W przypadku kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, przyjęcie kopii postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginały do wglądu),
5. W przypadku kiedy wnioskodawca nie może podpisać wniosku (w Dowodzie Osobistym stosowna adnotacja) przyjęcie kopii Dowodu Osobistego (oryginały do wglądu),
6. W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON nie może podpisać się na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
 - a. kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
 - b. odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu,
 - c. czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza że jest to odcisk Wnioskodawcy.

.....
data

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia MOPS

.....
data

.....
podpis pracownika przyjmującego wniosek

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

Wałbrzych

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości).....

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- padaczka
- schorzenie układu krążenia
- inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK - uzasadnienie

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
/Data/

.....
/Podpis lekarza/