

(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 |
| 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 - uzasadnic.....

Uwagi:

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu. ** Właściwie zakreślić.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Oświadczam, że:

- 1) Zgodnie z § 4 ust.1, pkt 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz.1694) nie będę pełnił funkcji kadry na wybranym przeze mnie turnusie rehabilitacyjnym, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu
- 2) Zgodnie z § 4 ust.2, pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz.1694) wybrany przeze mnie opiekun:

Pan/Pani

..... PESEL

(podać imię i nazwisko opiekuna - jeśli lekarz zalecił konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

- a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
- b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- c) ukończył 18 lat
- d) ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny

- 3) Posiadam/nie posiadam* wymagalne zobowiązania wobec PFRON. Jeśli tak, to należy podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania:

Jeśli tak, to należy podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania:

.....

.....

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* podkreślić właściwe
Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z powyższą procedurą.

Procedura dotycząca turnusów rehabilitacyjnych:

1. Po pobraniu druku wniosku o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym Wnioskodawca wypełnia **pierwszą stronę** i składa czytelny podpis w wyznaczonym miejscu.
2. Lekarz, pod którego opieką Wnioskodawca się znajduje wypełnia **drugą stronę**, to jest - „Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny” - (konieczna jest pieczętka przychodni oraz pieczętka i podpis lekarza).
3. Wnioskodawca składa wniosek w siedzibie PCPR dołączając kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności - należy również okazać do wglądu oryginał dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie).
4. Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez PCPR i otrzymaniu informacji o przyznanym dofinansowaniu. Rezerwacji należy dokonać za pośrednictwem organizatora, który posiada aktualne uprawnienia do organizowania turnusów rehabilitacyjnych.
Dokonując wyboru turnusu należy poinformować organizatora o rodzaju posiadanych 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.

Należy zwrócić szczególną uwagę na to, aby:

W terminie najpóźniej 30 dni od dnia otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania należy dostarczyć do siedziby PCPR w Parczewie, ul. Szpitalna 2 „A”, 21-200 Parczew wypełnioną „Informację o wyborze turnusu”

Od dnia dostarczenia w/w „Informacji” do dnia rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego winno upłynąć co najmniej 21 dni.

Niedostarczenie wymaganego dokumentu w podanym terminie będzie uznane za rezygnację z dofinansowania.

Wnioskodawca zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Kwestionariusz do oceny funkcjonowania społecznego osoby niepełnosprawnej

I. Dane osobowe

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

II. Sytuacja rodzinna (zaznacz właściwy kwadrat)

dziecko

kawaler /panna

żonaty /mężatka

wdowiec /wdowa

stan wolny

Liczba osób wspólnie zamieszkujących i ich wiek:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

III. Sytuacja zawodowa (zaznacz właściwy kwadrat)

- dziecko/osoba ucząca się
- osoba pracująca zawodowo
- emeryt /rencista
- osoba bezrobotna / poszukująca pracy
- osoba niepracująca /nieposzukująca pracy

IV. Uczestnictwo w życiu społecznym (zaznacz właściwy kwadrat)

- | | | |
|--|-----|-----|
| • przynależność do organizacji społecznych | tak | nie |
| • uczestnictwo w warsztacie terapii zajęciowej | tak | nie |
| • uczestnictwo w zajęciach ośrodka wsparcia | tak | nie |

Jeżeli uczestniczy Pan/Pani w innych formach aktywności społecznej, to proszę napisać w jakich:

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

V. Potrzeby i oczekiwania w zakresie rozwijania umiejętności społecznych :

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

.....
(podpis pracownika socjalnego)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻANIU ZGODY NA PRZETWARZANIE
DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana (y) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Parczewie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002 r. nr 101. poz 926 z późn. zm.

.....

(data i miejscowość)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

3. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

* właściwe zakreślić

a) wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi:

tak nie*

b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych w tym kształtowanie umiejętności porozumiewania się z innymi, współdziałania w grupie:

tak nie*

c) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych:

tak nie*

d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury:

tak nie*

e) realizacja i rozwijanie zainteresowań:

tak nie*

f) rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji:

tak nie*

.....
data i podpis wnioskodawcy

