

**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 \* .....

.....tel.....

Data urodzenia.....

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 uznał konieczność pobytu opiekuna)

**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.\*\*\*

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

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

---

**Wypełnia MOPR:**

.....  
(data wpływu wniosku do MOPR)

.....  
(pieczęć MOPR i podpis pracownika)

---

.....  
(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 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. z 2007r. Nr 230, poz.1694 z późn.zm.) 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. z 2007r. Nr 230, poz.1694 z późn.zm.) 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:

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

- podkreślić właściwe

## 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 pieczęćka przychodni oraz pieczęćka i podpis lekarza).
3. Wnioskodawca składa wniosek w siedzibie MOPR **dołączając kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności** - należy również okazać do wglądu **oryginał dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie)**.
4. **Osoby niepełnosprawne od 16 do 24 roku życia, uczące się i niepracujące do wniosku załączają kopię legitymacji szkolnej/studenckiej lub zaświadczenia ze szkoły bądź uczelni potwierdzające fakt uczenia się.**
5. Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez MOPR 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 dostarczyć do siedziby MOPR we Włocławku, 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).**

---

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę

data .....

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Oświadczam że:**

1. Dziecko uczęszcza do żłobka, przedszkola, szkoły \* **TAK** **NIE**
  
2. Dziecko pobiera nauczanie: *(właściwie zaznaczyć)*  
a/ standardowe  
b/ specjalne  
c/ indywidualne
  
3. Dziecko uczestniczy w życiu społecznym poprzez udział\* **TAK** **NIE**  
*( np. wyjazdach zorganizowanych przez szkołę, imprezach szkolnych, kino, teatr itp.)  
(jeżeli NIE to dlaczego .....)*
  
4. Dziecko należy do organizacji społecznych\* **TAK** **NIE**  
*(np. Stowarzyszenie, Fundacja itp.)*
  
5. W gospodarstwie domowym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne\* **TAK** **NIE**
  
6. Sytuacja zawodowa rodziny: źródłem utrzymania rodziny jest/są *(właściwie zaznaczyć)*  
a/ wynagrodzenie za pracę  
b/ renta/emeryta  
c/ własna działalność gospodarcza  
d/ zasiłki z pomocy społecznej  
e/ pomoc finansowa od innych osób- np. alimenty  
f/ inne świadczenia np. z Powiatowego Urzędu Pracy
  
7. Moim oczekiwaniem odnośnie pobytu dziecka na turnusie rehabilitacyjnym jest:  
*(zaznaczyć jedno najważniejsze)*  
  
a/ ogólna poprawa sprawności psychofizycznej  
b/ nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych  
c/ rozwijanie zainteresowań  
d/ zabiegi fizjoterapeutyczne
  
8. Dziecko jest osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą \*\* **TAK** **NIE**
  
9. W przypadku rezygnacji z przyznanego dofinansowania pisemnie powiadomię o tym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku.

## Pouczenia

1. W przypadku powzięcia wątpliwości co do danych podanych przez Panią/Pana we wniosku o dofinansowanie, a mających wpływ na przyznanie tego dofinansowania, w szczególności do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, MOPR wezwie **Wnioskodawcę** do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

2. Jeżeli wniosek składany jest przez kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnika w imieniu osoby zainteresowanej, należy dołączyć do niego odpowiednio kopię orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo (wraz z oryginałem do wglądu).

3. Nie ma możliwości refundacji turnusu rehabilitacyjnego, który rozpoczął się przed datą przyznania dofinansowania.

4. Jednym z warunków przekazania przyznanego dofinansowania organizatorowi turnusu jest posiadanie przez wnioskodawcę aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego podczas całego okresu trwania wybranego turnusu.

5. W przypadku skrócenia pobytu na turnusie rehabilitacyjnym osoby niepełnosprawnej i/lub jej opiekuna z przyczyn innych niż losowe, odpowiednio osoba niepełnosprawna i/lub jej opiekun ponoszą koszty pobytu na tym turnusie.

Aktualne informacje o ośrodkach i organizatorach turnusów rehabilitacyjnych, posiadających wpisy do rejestrów wojewody dostępne są pod adresem elektronicznym <https://empatia.mpips.gov.pl>

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego)

\* Właściwie zaznaczyć

\*\* Właściwie zaznaczyć. W przypadku osoby uczącej się i niepracującej należy dołączyć dokument potwierdzający pobieranie nauki.

**Oświadczam że:**

- |  |                     |     |
|--|---------------------|-----|
| 1. Jestem uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej *<br>(właściwe podkreślić)  | TAK                 | NIE |
| 2. Jestem mieszkańcem domu pomocy społecznej*<br>(właściwe podkreślić)   | TAK                 | NIE |
| 3. Jestem uczestnikiem innych ośrodków wsparcia dziennego*<br>(np. środowiskowy dom samopomocy, ośrodek dziennego pobytu)<br>(właściwe podkreślić)                         | TAK                 | NIE |
| 4. Należę do organizacji społecznych*<br>(np. Uniwersytet III Wieku, Klub Seniora, Stowarzyszenie, Fundacja itp.)<br>(właściwe podkreślić)                                 | TAK                 | NIE |
| 5. Korzystałam/em z pobytu w sanatorium refundowanym przez NFZ* lub inną instytucję (np. Fundacje, Stowarzyszenia, ZUS lub inne)<br>(jeżeli TAK to proszę podać rok) ..... | TAK                 | NIE |
| 6. W moim gospodarstwie domowym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne*<br>(właściwe podkreślić)   | TAK                 | NIE |
| <b>7. Jestem osobą poruszającą się: (właściwe podkreślić)</b>  |                     |     |
| a/ na wózku inwalidzkim -  | na stałe/ okresowo  |     |
| b/ przy pomocy kul-  | na stałe / okresowo |     |
| c/ z balkonikiem –   | na stałe/ okresowo  |     |
| d/ przy pomocy laski-  | na stałe/okresowo   |     |
| e/ z przewodnikiem -   | na stałe/ okresowo  |     |
| f/ samodzielnie po opróżkowaniu  |                     |     |
| g/ samodzielnie bez oprzyrządowania  |                     |     |
| <b>8. Codzienne potrzeby życiowe i społeczne zaspokajam: (właściwe podkreślić)</b>   |                     |     |
| a/ samodzielnie  |                     |     |
| b/ z częściową pomocą osób drugih  |                     |     |
| c/ wyłącznie przy pomocy osób drugih   |                     |     |
| <b>9. Aktywność zawodowa i edukacyjna: moim źródłem utrzymania jest/są: (właściwe podkreślić)</b>  |                     |     |
| <b>I.</b>  |                     |     |
| a/ wynagrodzenie za pracę  |                     |     |
| b/ renta/emeryta   |                     |     |
| c/ własna działalność gospodarcza  |                     |     |
| d/ zasiłki z pomocy społecznej   |                     |     |
| e/ pomoc finansowa od innych osób- np. alimenty  |                     |     |
| f/ inne świadczenia np. z Powiatowego Urzędu Pracy   |                     |     |

## II.

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| a/ jestem osobą pracującą  | TAK | NIE |
| b/ jestem osobą pracującą podnoszącą kwalifikacje zawodowe (studia, kursy, szkolenia odbyte w ciągu ostatnich 3 lat, itp.) | TAK | NIE |
| c/ jestem osobą bezrobotną/ poszukującą pracy zarejestrowaną w urzędzie pracy  | TAK | NIE |
| d/ jestem osobą studiującą   | TAK | NIE |
| e/ jestem osobą realizującą obowiązek szkolny  | TAK | NIE |

10. Moim oczekiwaniem odnośnie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jest: *(zaznaczyć jedno najważniejsze)*

- a/ ogólna poprawa sprawności psychofizycznej
- b/ nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych
- c/ rozwijanie zainteresowań
- d/ zabiegi fizjoterapeutyczne
- e/ inne oczekiwania *(proszę wpisać)*.....

11. Ostatni pobyt na turnusie rehabilitacyjnym dofinansowany ze środków PFRON spełnił moje oczekiwania w zakresie: *(podkreślić jedno najważniejsze)*

- a/ nawiązywania i rozwijania kontaktów, współdziałania z innymi ludźmi
- b/ lepszego radzenia sobie z załatwianiu codziennych spraw, wyrobienia zaradności
- c/ poprawy nastroju i komunikacji z otoczeniem, zwiększenie poczucia własnej wartości
- d/ ogólnej poprawy sprawności psychofizycznej
- e/ nie spełnił moich oczekiwań

12. Jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą \*\* TAK NIE  
*(podkreślić właściwe)*

13. W przypadku rezygnacji z przyznanego dofinansowania pisemnie powiadomię o tym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku.

## Pouczenia

1. Podanie nieprawdziwych danych we wniosku, w przypadku ich ujawnienia skutkuje odmową przyznania dofinansowania.
2. W przypadku powzięcia wątpliwości co do danych podanych przez Panią/Pana we wniosku o dofinansowanie, a mających wpływ na przyznanie tego dofinansowania, w szczególności do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, MOPR wezwie **Wnioskodawcę** do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.



3. Jeżeli wniosek składany jest przez kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnika w imieniu osoby zainteresowanej, należy dołączyć do niego odpowiednio kopię orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo (wraz z oryginałem do wglądu).

4. Nie ma możliwości refundacji turnusu rehabilitacyjnego, który rozpoczął się przed datą przyznania dofinansowania.

5. Jednym z warunków przekazania przyznanego dofinansowania organizatorowi turnusu jest posiadanie przez wnioskodawcę aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego podczas całego okresu trwania wybranego turnusu.

6. W przypadku skrócenia pobytu na turnusie rehabilitacyjnym osoby niepełnosprawnej i/lub jej opiekuna z przyczyn innych niż losowe, odpowiednio osoba niepełnosprawna i/lub jej opiekun ponoszą koszty pobytu na tym turnusie.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego)

\* Właściwie zaznaczyć

\*\* Właściwie zaznaczyć. W przypadku osoby uczącej się i niepracującej należy dołączyć dokument potwierdzający pobieranie nauki.