



## PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego Wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),  
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Data urodzenia: .....

Ustanowiony przedstawicielem/opiekunem\*/pełnomocnikiem\* .....

.....

Postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....

z dnia ..... sygn.. Akt\*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia ..... rep. Nr .....

.....

Data

.....

Podpis  
(przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(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\*\*

dysfunkcja narządu ruchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

choroba psychiczna

schorzenie układu krążenia

dysfunkcja narządu słuchu

upośledzenie umysłowe

padaczka

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)

.....  
Miejscowość, data

### **OŚWIADCZENIE\***

#### **1. Wypełnia wnioskodawca jadący indywidualnie na turnus rehabilitacyjny**

Ja niżej podpisany/a

.....zamieszkały/a

.....  
(ulica/ numer domu/ numer mieszkania/ kod pocztowy/ miejscowość)

oświadczam, że 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. 2007 r., Nr 230 ,poz. 1694), nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....  
(czytelny podpis)

#### **2. Wypełnia przedstawiciel ustawowy**

Ja niżej podpisany/a

.....  
przedstawiciel ustawowy mał. ....

.....  
zamieszkały/a .....

.....  
(ulica/ numer domu/ numer mieszkania/ kod pocztowy/ miejscowość)

oświadczam, że 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. 2007 r., Nr 230 ,poz. 1694), nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....  
(czytelny podpis)

#### **3. Wypełnia wnioskodawca jadący na turnus rehabilitacyjny z opiekunem**

Ja niżej podpisany/a

.....  
zamieszkały/a .....

.....  
(ulica/ numer domu/ numer mieszkania/ kod pocztowy/ miejscowość)

oświadczam, że zgodnie z § 4 ust. 2, pkt 2, ppkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. 2007 r., Nr 230 ,poz. 1694), wybrany przeze mnie opiekun:

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

.....  
(czytelny podpis)

\*wypełnić właściwie

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i Nazwisko .....

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 o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

Miejscowość.....  
Imię i Nazwisko .....  
Adres.....  
Numer telefonu .....

Data.....

### OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja....., niżej podpisany(-a) świadom odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, co następuje:

Liczba osób w mojej Rodzinie pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (łącznie ze mną) wynosi .....

**Przeciętny miesięczny dochód rodziny** (tj. wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym) **z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku:**

		Źródło dochodu	Przeciętny miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:		
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:	x	x
2.			
3.			
4.			
5.			
		RAZEM	

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w moim gospodarstwie domowym, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonych przez liczbę osób we wspólny, gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił .....zł.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że jestem świadom(-a) odpowiedzialności karnej za składania nieprawdziwych danych.

Powyższe oświadczenie składam w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON.

.....  
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

**Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sulęcinie**

Pana/Pani dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji obowiązku prawnego, realizacji zadań publicznych lub na podstawie zgody.

Przysługują Pani/Panu, z zastrzeżeniem przepisów RODO: prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, prawo do sprostowania swoich danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Szczegółowe informacje dot. przetwarzania danych osobowych można znaleźć pod adresem: [https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprsulecin/31/Administrowanie\\_danymi\\_osobowymi/](https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprsulecin/31/Administrowanie_danymi_osobowymi/)

W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt osobisty/listowny: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sulęcinie [ul. Daszyńskiego 49](#), telefoniczny: 95/755 07 53 lub [pcpr@pcprsulecin.pl](mailto:pcpr@pcprsulecin.pl)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### 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

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

Odchylania 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)