

## 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 .....

Adres zamieszkania\* .....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości ..... Data urodzenia .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka\*\* .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie .....

### POSIADANE ORZECZENIE / STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ grupa I / znaczny stopień niepełnosprawności / całkowita niezdolność do pracy / w gospodarstwie rolnym / i niezdolność do samodzielnej egzystencji,  
☐ grupa II / umiarkowany stopień niepełnosprawności/ całkowita niezdolność do pracy,  
☐ grupa III / lekki stopień niepełnosprawności / częściowa niezdolność do pracy,  
☐ niepełnosprawność 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 (wyjaśnienie na odwrocie), 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.

\*\* Nie dotyczy dorosłych uczestników.

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

### Wypełnia pracownik PCPR

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

Nr wniosku: .....

**Zgodnie z art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych** (Dz. U. z 2018r. poz. 2220 z późn. zm.) ilekroć w ustawie jest mowa o dochodzie - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c, 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509 z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
  - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
  - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
  - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
  - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewybuchów,
  - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
  - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w systemie ubezpieczeń społecznych,
  - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
  - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, 1000, 1076, 1608 i 1629),
  - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszników, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
  - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Służby Wewnętrznej, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
  - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
  - alimenty na rzecz dzieci,
  - stypendia doktoranckie przyznane na podstawie art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668 i 2024), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2018 r. poz. 1263 i 1669) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,
  - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
  - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
  - dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967),
  - dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
  - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
  - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
  - świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
  - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
  - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
  - renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
  - zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
  - świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
  - pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, 1560 i 1669) oraz świadczenia, o których mowa w art. 86 ust. 1 pkt 1-3 i 5 oraz art. 212 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
  - kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
  - świadczenie pieniężne i pomoc pieniężną określone w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 690),
  - świadczenie rodzicielskie,
  - zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
  - stypendia dla bezrobotnych finansowane ze środków Unii Europejskiej

**Art. 5 ust. 8.** W przypadku ustalania dochodu z gospodarstwa rolnego, przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 18 ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1892). Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 w sprawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 r. (MP z 2018 r., poz. 911) – **3 399,00 zł, 1/12 = 283,25 zł.**

8a) Ustalając dochód rodziny uzyskany z gospodarstwa rolnego, do powierzchni gospodarstwa stanowiącego podstawę wymiaru podatku rolnego wlicza się obszary rolne oddane w dzierżawę z wyjątkiem:

- 1) oddanej w dzierżawę, na podstawie umowy dzierżawy zawartej stosownie do przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, części lub całości znajdującego się w posiadaniu rodziny gospodarstwa rolnego;
- 2) gospodarstwa rolnego wniesionego do użytkowania przez rolniczą spółdzielnię produkcyjną;
- 3) gospodarstwa rolnego oddanego w dzierżawę w związku z pobieraniem renty określonej w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich.

8b) Ustalając dochód rodziny uzyskany przez dzierżawcę gospodarstwa rolnego oddanego w dzierżawę na zasadach, o których mowa powyżej, dochód uzyskany z gospodarstwa rolnego pomniejsza się o zapłacony czynsz z tytułu dzierżawy.

8c) Ustalając dochód rodziny uzyskany z wydzierżawionego od Krajowego Ośrodka Wsparcia Rolnictwa gospodarstwa rolnego, dochód uzyskany z gospodarstwa rolnego pomniejsza się o zapłacony czynsz z tytułu dzierżawy.

**W przypadku gdy rodzina lub osoba ucząca się uzyskuje dochody z gospodarstwa rolnego oraz dochody pozarolnicze, dochody te sumuje się.**

# Oświadczenie woli

☐ wnioskodawcy; ☐ przedstawiciela ustawowego dziecka (rodzic);

☐ pełnomocnika ustanowionego notarialnie

☐ opiekuna prawnego; ☐ doradcy tymczasowego; ☐ innej osoby wskazanej przez wnioskodawcę

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, w zakresie:

<input type="checkbox"/>	Numeru telefonu: .....
<input type="checkbox"/>	Adresu do korespondencji : .....
<input type="checkbox"/>	Danych zawartych w kwestionariuszu osobowym dotyczącym sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
<input type="checkbox"/>	Inne (jakie?) ..... .....
<b>W przypadku podania danych innych niż własne zobowiązuję się do poinformowania osoby, której dane osobowe udostępniam, iż administratorem jej danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów</b>	

.....  
(miejscowość)

.....  
(data)

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy,  
przedstawiciela ustawowego dziecka,  
pełnomocnika ustanowionego notarialnie,  
opiekuna prawnego, doradcy  
tymczasowego,  
innej osoby wskazanej przez  
Wnioskodawcę)

## **Klauzula Informacyjna**

### **dotycząca przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy / strony** **w sprawie *dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej także RODO)

informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów.
- 2) Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z prowadzonym postępowaniem w sprawie o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, a to na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 10 d ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.), § 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr .230, poz. 1694).
- 3) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub podpisanych umów powierzenia mogą zostać osoby upoważnione przez Administratora, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, podmioty prowadzące działalność bankową, operatorzy pocztowi, kurierzy oraz obsługa informatyczna. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Urzędu.
- 4) Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) dane osobowe nie będą/będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 5) Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) dane osobowe nie będą/będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
- 6) Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat zgodnie z kategorią archiwalną określoną w przepisach kancelaryjnych i archiwalnych obowiązujących w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz danych dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
- 8) W celu skorzystania z wskazanych wyżej praw mogą Państwo zgłosić się do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie lub przesłać wniosek na adres Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów listownie lub drogą elektroniczną: [iod\\_pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl](mailto:iod_pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl). Tutejszy organ – Administrator danych osobowych bez zbędnej zwłoki, a w każdym razie w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku udziela osobie, której dane dotyczą, informacji o działaniach podjętych w związku z realizacją ww. praw. W razie potrzeby termin ten może zostać przedłużony o kolejne dwa miesiące z uwagi na skomplikowany charakter żądania lub liczbę żądań. W terminie miesiąca od otrzymania żądania informuje osobę, której dane dotyczą o takim przedłużeniu terminu, z podaniem przyczyn opóźnienia.
- 9) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) narusza przepisy RODO.

**Zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli.**  
**Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.**

**Czytelny podpis wnioskodawcy/ strony:.....**

## OŚWIADCZENIE

Osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym (ze środków PFRON) o spełnieniu warunków określonych w § 4 ust 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.)

Imię i nazwisko dziecka niepełnosprawnego .....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 § 2 i kodeksu karnego oświadczam, że moje dziecko/podopieczny:

1. został/o skierowany/e na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką znajduję się;
2. nie uzyskało na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu w roku bieżącym;
3. będzie uczestniczył/o w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrał/o;
4. dokonam wyboru turnusu w ośrodku, który jest wpisany do rejestru ośrodków prowadzonych przez wojewodę,
5. wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusu,
6. nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
7. w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.
8. złożę oświadczenie o wysokości dochodu obliczonego zgodnie z art. 10e ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.) wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym;
9. nie mam zaległości wobec PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
(data, podpis przedstawiciela  
ustawowego dziecka/  
opiekuna prawnego)



## OŚWIADCZENIE

osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym (ze środków PFRON) o spełnianiu warunków określonych w § 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)

Ja niżej podpisany/a .....

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka/opiekuna prawnego)

PESEL albo numer dokumentu tożsamości: .....

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, iż funkcję opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym dofinansowanym ze środków PFRON mojego dziecka / podopiecznego: .....

(imię i nazwisko dziecka)

☐ będę pełnić osobiście\*.

☐ będzie pełnić\*: .....

(imię i nazwisko opiekuna)

Oświadczam również, że:

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

.....

(miejscowość) (data)

.....

(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

\* w odpowiednie pole wstawić „x”





**DZIECI****Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej dziecka niepełnosprawnego i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych**

<b>1. Dane osobowe</b>			
Imię i nazwisko dziecka:			
Adres zamieszkania:			
PESEL albo numer dokumentu tożsamości:			
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka: .....			
<b>2. Podstawowe problemy zdrowotne</b>			
Schorzenia wiodące:		..... .....	
Schorzenia współistniejące		..... .....	
<b>3. Sytuacja rodzinna</b>			
Liczba osób wspólnie zamieszkujących:	.....	Liczba dzieci (do 18 r. ż.) i ich wiek:	.....
Możliwość zapewnienia opieki dziecku ze strony najbliższej rodziny*	<input type="checkbox"/> tak; w pełnym zakresie	<input type="checkbox"/> nie, z jakiego powodu:..... .....	
<b>4. Sytuacja mieszkaniowa</b>			
Dostosowanie mieszkania do niepełnosprawności dziecka*:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie zachodzi potrzeba
Warunki utrudniające funkcjonowanie w mieszkaniu:	..... .....		
Własny pokój*:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
<b>5. Źródła utrzymania rodziny*</b>			
<input type="checkbox"/> wynagrodzenie za pracę	<input type="checkbox"/> renta	<input type="checkbox"/> emerytura	<input type="checkbox"/> zasiłki z pomocy społecznej
<input type="checkbox"/> pomoc finansowa ze strony innych osób	<input type="checkbox"/> inne świadczenia (jakie?) ..... .....		
<b>6. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności w zakresie samoobsługi*</b>			
<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> częściowo przy pomocy osób drugih	<input type="checkbox"/> całkowicie przy pomocy osób drugih	
<b>7. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności w zakresie poruszania się*</b>			
<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> częściowo przy pomocy osób drugih	<input type="checkbox"/> całkowicie przy pomocy osób drugih	
<b>8. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności w zakresie komunikowania się*</b>			
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie, z jakich powodów: ..... .....		

.....  
(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

\* właściwe zaznaczyć



(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

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"/> schorzenia układu krążenia                 | .....  |

### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- ☐ Nie
- ☐ Tak *(dotyczy wyłącznie osób poniżej 18 roku życia oraz osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo posiadających orzeczenie równoważne)*

### **Uzasadnienie pobytu opiekuna..** .....

.....

.....

.....

.....

### **Uwagi (zalecenia, wskazania, przeciwwskazania)**

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć