

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

Rodzaj turnusu¹

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

WAŻNE: W sytuacji, gdy osoba niepełnosprawna uzyskała dofinansowanie ze środków PFRON pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym, wymagane jest dodatkowo złożenie zamieszczonego na odwrocie oświadczenia

¹ Zgodnie z § 2 ust. 1 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 z późn. zm.) ustalono następujące rodzaje turnusów rehabilitacyjnych: usprawniająco-rekreacyjny, rekreacyjno-sportowy i sportowy, szkoleniowy, psychoterapeutyczny, rozwijający zainteresowania i uzdolnienia, nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OPIEKUNA

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

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że funkcję
/ imię i nazwisko wnioskodawcy /
opiekuna na wybranym przeze mnie turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON pełnić będzie:

..... (nr PESEL:)
/ imię i nazwisko opiekuna /

Ponadto oświadczam, że osoba ta:

1. nie będzie pełnił(a) funkcji **członka kadry**² na wskazanym turnusie,
2. nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. nie jest posiadaczem orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności bądź równoważnego,
4. ukończyła 18 lat / ukończyła 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny uczestnika turnusu**

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

** *niepotrzebne skreślić*

² Zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 2 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 z późn. zm.) **w skład kadry** „...wchodzą w szczególności:

a) kierownik odpowiedzialny za przebieg danego turnusu,

b) pielęgniarka,

c) specjalista do spraw rehabilitacji ruchowej,

d) specjalista do spraw rekreacji,

e) pedagog lub inna osoba posiadająca przygotowanie pedagogiczne w przypadku turnusów organizowanych dla dzieci niepełnosprawnych lub osób z upośledzeniem umysłowym,

f) psycholog lub lekarz psychiatra w przypadku turnusów organizowanych dla osób z chorobą psychiczną,

g) tłumacz języka migowego w przypadku turnusów organizowanych dla osób z dysfunkcją narządu słuchu,

h) inni specjaliści w zależności od potrzeb wynikających z programu danego turnusu lub niepełnosprawności uczestników tego turnusu”.