

INFORMACJE O TURNUSIE

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania: _ _ - _ _ _

(w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu)

Rodzaj turnusu termin turnusu

Dane organizatora turnusu:

Nazwa organizatora turnusu

Adres: _ _ - _ _ _

Dane ośrodka , w którym odbędzie się turnus:

Nazwa ośrodka

Adres: _ _ - _ _ _

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie Rehabilitacyjnym, przyznanego na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wybór turnusu należy do wnioskodawcy i winien być zgodny z zaleceniami zawartymi we wniosku lekarskim, a ośrodek winien być dostosowany do rodzaju niepełnosprawności i dysfunkcji osoby niepełnosprawnej.

Załącznik nr 4

CZĘŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa i adres z kodem pocztowym organizatora

.....
.....

Nr data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów

Potwierdzam możliwość uczestnictwa Pana/Pani

wraz z opiekunem* w turnusie rehab. (jakim)

w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres)

Nr i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity koszt turnusu wynosi dla:

osoby niepełnosprawnej zł słownie:

opiekuna* zł słownie:

Zobowiązuję się, w terminie 21 od dnia zakończenia turnusu przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu - na rachunek bankowy PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku nr

.....
(data)

.....
(pieczęć i czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić