

.....
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

.....

.....

.....

Odchylenia 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)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

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"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym

- Nie
- Tak – **wyraźne** uzasadnienie konieczności pobytu opiekuna
-
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
pieczęć i podpis lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Biała Podlaska, dnia

.....

.....

.....

PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

1. W 2019 roku nie uzyskałem/łam dofinansowania do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON;
2. Wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej;
3. Wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
4. Będę uczestniczył/ła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu;
5. Nie będę pełnił/ła funkcji członka kadry na turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu

.....

czytelny podpis

Ankieta do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Ankieta służy do oceny funkcjonowania społecznego osoby niepełnosprawnej, składającej wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Turnus rehabilitacyjny – zorganizowana forma aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, m.in. Przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Przyczyna niepełnosprawności/choroba zasadnicza

Rodzaj dysfunkcji lub schorzenia

Choroby współistniejące

Zaopatrzenie w niezbędny sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze

Czy Pan/Pani mieszka sama, czy z rodziną?

Czy i kiedy Pan/Pani korzystała z rehabilitacji leczniczej (np. pobyty sanatoryjne na skierowanie lekarza oraz NFZ, zabiegi rehabilitacyjne na zlecenie lekarza)?

Czy rodzina/osoba korzysta z pomocy?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Rodziny lub krewnych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 2. Organizacji samopomocowych, pozarządowych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 3. Kościoła i związków wyznaniowych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 4. Zakładu pracy | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 5. Osób obcych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 6. | | |

Sytuacja zawodowa /zaznaczyć właściwe/:

a/ dziecko

b/ osoba ucząca się

c/ osoba pracująca zawodowo

d/ emeryt/rencista

e/ osoba bezrobotna/poszukująca pracy

f/ osoba niepracująca/ nie zainteresowana pracą

Czy rodzina/osoba korzysta ze świadczeń pomocy społecznej? Tak Nie

Źródła utrzymania rodziny

Zdolność do wykonywania czynności w zakresie samoobsługi (ocena stopnia samodzielności i zależności od innych w wykonywaniu czynności samoobsługowych)

- wykonywanie czynności w pełni samodzielnie
- konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności
- pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki

Zdolność poruszania się (ocena stopnia samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się)

- wykonywanie czynności w pełni samodzielnie
- konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności
- pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki

Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego (ocena stopnia samodzielności i zależności od innych w prowadzeniu gospodarstwa domowego)

- wykonywanie czynności w pełni samodzielnie
- konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności
- pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki

Czy udziela się Pan/Pani społecznie? (udział w stowarzyszeniu, zajęcia usprawniające, uniwersytet trzeciego wieku, itp.)

Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania, zamiłowania, hobby)

Potrzeby i oczekiwania w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (właściwe podkreślić):

1. wzrost samoobsługi
2. uczenie się współżycia i współdziałania z innymi ludźmi
3. wyrabianie nawyków kulturalnego zachowania się
4. aktywizacja i współdziałanie w zespole
5. opanowanie coraz bardziej skomplikowanych czynności
6. lepsze radzenie sobie w załatwianiu prostych spraw
7. poprawa nastroju i komunikacji z otoczeniem
8. korzystanie z zabiegów rehabilitacji leczniczej w celu poprawy kondycji fizycznej i psychicznej
9. rozwijanie umiejętności życiowych dzieci i młodzieży poprzez promocję zdrowia i edukację zdrowotną
10. budzenie wrażliwości społecznej poprzez włączanie się do prac zespołowych
11. budzenie poczucia własnej wartości
12. wyrównanie i przywrócenie naruszonej równowagi organizmu oraz usunięcie nieprzyjemnych emocji
13. optymalne warunki zabawy i wypoczynku w celu zwiększenia własnej aktywności
14. wyrabianie zaradności osobistej
15. nawiązanie kontaktu z rówieśnikami
16. wspólna terapia dzieci i rodziców
17. uspołecznienie poprzez integrację, sport, turystykę
18.

Oczekiwania osoby niepełnosprawnej odnośnie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (zaznaczyć jedno najważniejsze)

- ogólna poprawa sprawności psychofizycznej
- nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych
- rozwijanie zainteresowań
- zabiegi fizjoterapeutyczne

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000).

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem przewidzianym w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, przewidującego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy karę pozbawienia wolności do lat 3.

Biała Podlaska, dn.

.....
(podpis)

Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania mają osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie o zaliczeniu do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoważne, osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności.

Zespół oceniający w składzie:

1.
2.

Biorąc powyższe pod uwagę zespół proponuje rozpatrzyć wniosek pozytywnie/negatywnie

Ocena:

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

Podpisy:

1.
2.

Biała Podlaska, dnia

Biała Podlaska, dnia

.....
.....
.....
PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

Na turnusie rehabilitacyjnym organizowanym w dniach
wbędę indywidualnym opiekunem
niepełnosprawnego/j, który/a otrzymał/a na ten cel
dofinansowanie ze środków PFRON.

Nie będę pełnił/a funkcji kadry na tym turnusie.

Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby

.....
podpis opiekuna

Biała Podlaska, dnia

.....
.....
.....
PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

Na turnusie rehabilitacyjnym organizowanym w dniach
wbędę indywidualnym opiekunem
niepełnosprawnego/j, który/a otrzymał/ła na ten cel
dofinansowanie ze środków PFRON.

Nie będę pełnił/ła funkcji kadry na tym turnusie.

Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby

.....
podpis opiekuna