

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 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.

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym

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

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów

.....
.....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani

.....

wraz z opiekunem* w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

.....

w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym)

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

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

.....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej zł.,

słownie zł.

opiekuna osoby niepełnosprawnej* zł.

słownie zł.

Zobowiązuję się, w terminie 21 dni 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 przed jego rozpoczęciem 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:

.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

*niepotrzebne skreślić