Załącznik Nr 2 do wniosku

---
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA*

Imię i nazwisko
.....
PESEL .....
Adres(miejsce pobytu w przypadku osoby bezdomnej)

.....
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/

*** Do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym**

Załącznik Nr 3 do wniosku

CZĘŚĆ I.

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO*

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej w jej imieniu rodzice , bądź opiekun prawny).

Imię i nazwisko uczestnika turnusu
.....

PESEL :.....

Adres, miejsce zamieszkania uczestnika turnusu (z kodem pocztowym):
…….....
……
……
Rodzaj turnusu: □ usprawniająco – rekreacyjny, □ inny(wpisać jaki);
……..….

Termin turnusu: od.....do.....

DANE ORGANIZATORA TURNUSU :

Nazwa i adres (z kodem pocztowym).....
.....
.....

DANE OŚRODKA , W KTÓRYM ODBĘDZIE SIĘ TURNUSU:
Nazwa i adres (z kodem pocztowym)
.....
.....
.....

Oświadczam, że nie korzystałem/am z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (NFZ) lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

....
Data Czytelny podpis wnioskodawcy

*Do pobrania po otrzymaniu dofinansowania

CZĘŚĆ II

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym).....
……..……..…
……..……..……

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów **(Dołączyć kserokopię wpisu do rejestru).**
.....……..…

Potwierdzam możliwość uczestnictwa Pana/Pani : .....……
……
zamieszkałego:……...……
……..……wraz z opiekunem*.....
w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?).....

w terminie od.....do.....
w ośrodku (nazwa i adres).....
……..……..…
……..……..…
Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków**(Dołączyć kserokopię wpisu do rejestru).**
.....……..……
…..……..…..

Całkowity koszt turnusu dla:

Osoby niepełnosprawnej.....zł, (słownie ……..……..……zł)
Opiekuna osoby niepełnosprawnej*.....zł,
(słownie:……..….....zł)

Zobowiązuje się, nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do MOPR w Koninie „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego". Informacja ta będzie sporządzona 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 MOPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu- na konto MOPR.

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

nazwa banku.....……
nr.....

Data……. .....
pieczęć i czytelny podpis organizatora

*niepotrzebne skreślić