

## 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 (miejsce pobytu\*)

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 w systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.**

**Oświadczam, iż wybrany ośrodek, organizator turnusu rehabilitacyjnego posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania wybranego przeze mnie turnusu.**

**Oświadczam, iż wybrany ośrodek jest uprawniony do przyjęcia mojej osoby na turnus rehabilitacyjny zgodnie z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami.**

**Oświadczam, iż wybrany organizator jest uprawniony do przyjęcia mojej osoby na turnus rehabilitacyjny zgodnie z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami.**

.....  
(data)

.....  
( czytelny podpis wnioskodawcy)

Sprawdzono, że:

- wybrany przez osobę niepełnosprawną ośrodek i organizator tego turnusu posiadają odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną,
- ośrodek, w którym odbędzie się turnus, jest uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami na turnus wybrany przez osobę niepełnosprawną,
- organizator tego turnusu jest uprawniony do organizowania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami.

.....  
(data)

.....  
podpis pracownika PCPR

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.