POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w TORUNIU

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[1]*_____

_____

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

_____

czytelny podpis Wnioskodawcy

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 uczestnictwa Pani/Pana _____

wraz z opiekunem*[2] TAK / NIE w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)_____

W terminie od _____ do _____

W ośrodku (pełna nazwa i adres z kodem pocztowym) _____

_____

_____

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków_____

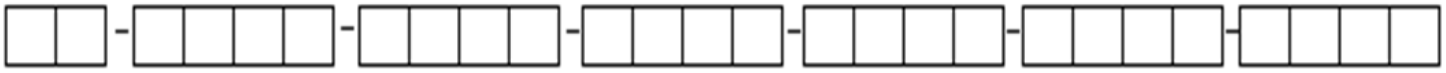
Całkowity koszt dla:

A/ Osoba niepełnosprawna _____zł, słownie zł _____

B/ Opiekun 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*

[1] W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
[2] (*) Niepotrzebne skreślić