



**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: .....

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....

z dn. .... sygn. Akt\*: ...../na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....

.....

z dn. .... repet. nr .....

.....

.....

data

**podpis**

przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*

---

\* niepotrzebne skreślić

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

## WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i Nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

.....

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

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK (w przypadku osób które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w trakcie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym, w tym realizować program turnusu) – uzasadnienie:

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

### Uwagi:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

---

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu..

\*\* Właściwe zaznaczyć.

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**1. Dane opiekuna:**

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Imię i nazwisko: |               |
| ulica:           | nr domu:      |
| miejsowość:      | kod pocztowy: |
| nr telefonu:     |               |

**2. Informacje uzupełniające:**

|   |     |  |
|---|-----|--|
| Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną | TAK |  |
|   | NIE |  |
| Ponoszę koszty uczestnictwa opiekuna w turnusie                     | TAK |  |
|   | NIE |  |

1. Oświadczam, że nie pełnię funkcji członka kadry na danym turnusie i nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
2. W czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego zobowiązuję się do sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną .....

.....  
data i podpis opiekuna

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ  
I JEJ POTRZEB W ROZWIJANIU UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

**1. Dane osobowe:**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania lub pobytu .....

**2. Sytuacja zdrowotna:**

Stopień niepełnosprawności .....

Rodzaj niepełnosprawności .....

**3. Sytuacja rodzinna:**

Stan cywilny .....

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym .....

**4. Stopień samodzielnego funkcjonowania na poziomie społecznym i zgłaszane potrzeby w tym zakresie:**

1) w komunikowaniu się (m.in. nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z innymi osobami)

- samodzielnie  z pomocą

jeśli z pomocą to proszę napisać w jakim zakresie: .....

.....  
.....

2) zaradność życiowa (rozwiązywanie codziennych problemów, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby, załatwianie różnych spraw m.in. urzędowych)

- samodzielnie  z pomocą

jeśli z pomocą to proszę napisać w jakim zakresie: .....

.....  
.....

Data .....

podpis Wnioskodawcy

.....