



**Informacje uzupełniające do wniosku  
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY  
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub  
pełnomocnik**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo 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. .... repert. Nr .....

.....

(data)

.....  
podpis  
przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (załącznik nr 1);  
**winien być sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku**
2. Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym (załącznik nr 2);
3. kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia;
4. kopia legitymacji szkolnej, bądź zaświadczenie o pobieraniu nauki dla osób w wieku 16-24 lata uczących się i niepracujących;
5. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopia zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, a w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – pełnomocnictwo lub kserokopia pełnomocnictwa poświadczzonego przez notariusza;

**Ponadto w dniu rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego należy posiadać Informację o stanie zdrowia (druk - załącznik nr 3).**

\* niepotrzebne skreślić

## Załącznik nr 1 do wniosku

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

**Nazwisko i imię wnioskodawcy** .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

#### RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI \*\*

dysfunkcja narządu ruchu

choroba psychiczna

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

padaczka

dysfunkcja narządu słuchu

schorzenie układu krążenia

dysfunkcja narządu wzroku

inne (jakie?) .....

upośledzenie umysłowe .....

#### KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

NIE

TAK – uzasadnienie .....

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

#### UWAGI:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

**Załącznik nr 2 do wniosku**

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

**(UWAGA: WYPEŁNIA OPIEKUN** jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

**Imię i Nazwisko** .....

**PESEL** ..... **nr. telefonu** .....

**Adres zamieszkania** nr kodu ..... - ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 Kodeksu Karnego) oświadczam, że:

1. będę opiekunem osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym;
2. nie będę pełnił funkcji członka kadr na turnusie;
3. jestem osobą pełnoletnią\* lub ukończyłam(em) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym z osobą niepełnosprawną członkiem rodziny\*;
4. nie korzystam z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego jako osoba niepełnosprawna oraz nie ubiegam się o takie dofinansowanie;
5. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

.....  
(data)

.....  
podpis opiekuna

\* **niepotrzebne skreślić**

**Załącznik nr 3** (dokument należy posiadać w dniu rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego)

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA**

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres (miejsce pobytu) .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje .....

.....

.....

Uczulenia .....

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne .....

.....

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych .....

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 r. życia .....

.....

.....

szczepienia ochronne (daty) dotyczy osób do 16 r. życia .....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)