# Załącznik nr 4

# INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba z niepełnosprawnością lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ........................................................................................................

Adres zamieszkania\* ....................................................................................................................................

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

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

# Całkowity koszt turnusu dla osoby z niepełnosprawnością ………………..……………………………..

# Całkowity koszt dla opiekuna ……………………………………………………………………………………

# 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.

*........................................................................*

*(data)*

*........................................................................*

*(czytelny podpis wnioskodawcy bądź opiekuna prawnego)*

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**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 uczestniczenia Pana/ Pani ..........................................................................................

wraz z opiekunem\* w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?) .............................................................................

w terminie od ....................... do ...........................

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym) ..........................................................................................

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

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

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków .....................................................................................

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby z niepełnosprawnością ......................... zł. słownie : …... ...................................................................

opiekuna osoby z niepełnosprawnością\* ........................zł, słownie: ….. .....................................................

**Zobowiązuję się, w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przesłać do właściwego PCPR "Informacji o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego", sporządzonej odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby z niepełnosprawnością 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 przekazał 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 z niepełnosprawnością i jej opiekunowi\* proszę o przekazanie na rachunek bankowy:

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

*........................................................................*

*(Data)*

\* Niepotrzebne skreślić.

*........................................................................*

*(pieczęć i czytelny podpis organizatora)*