

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
 DZIAŁ ds. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
 ul. BRZEZIŃSKA 21, 41-400 MYSŁOWICE

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 NR

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 o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
 (data)

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

Wypełnia pracownik MOPS

(w terminie 7 dni po otrzymaniu informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego):

1) czy 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;	☐ TAK	☐ NIE
2) czy 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;	☐ TAK	☐ NIE
3) czy organizator tego turnusu jest uprawniony do organizowania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami .	☐ TAK	☐ NIE

☐ W przypadku niespełnienia któregokolwiek z warunków określonych w ust. 1 MOPS w terminie 7 dni informuje osobę niepełnosprawną o konieczności dokonania wyboru innego ośrodka lub organizatora turnusu rehabilitacyjnego, pod rygorem nieprzekazania przyznanego dofinansowania.

.....
(data i podpis pracownika)

Oświadczam iż otrzymałem/am informację o konieczności dokonania wyboru innego ośrodka lub organizatora turnusu rehabilitacyjnego, pod rygorem nie przekazania przyznanego dofinansowania.

Potwierdzam przyjęcie do wiadomości:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)