

## 1. Przedmiot sprawy

**Wniosek o wpis do rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się turnusy rehabilitacyjne dla osób korzystających z dofinansowania Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

## 2. Miejsce załatwienia sprawy

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej  
Pokój – 219, budynek C2  
Telefon – (41) 3421179  
Godziny urzędowania 7<sup>30</sup> – 15<sup>30</sup>

## 3. Warunki, jakie powinny zostać spełnione w celu załatwienia sprawy

Określone zostały w rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 maja 2003 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2003 r. nr 100, poz. 926)

## 4. Możliwość składania interwencji, wyrażania opinii

Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej  
Pokój – 233  
Telefon – 3421242

Dyrektor Departamentu Organizacyjnego i Kadr  
Pokój – 148, budynek C2  
Telefon – (41)3421144

Marszałek Województwa za pośrednictwem Dyrektora Biura Zarządu, Informatyki i Informacji  
Pokój – 119a A, budynek A  
Telefon – (41) 3421443

## WNIOSEK

### o wpis do rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się turnusy rehabilitacyjne dla osób korzystających z dofinansowania Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

<i>samorząd Województwa</i>	<i>wojewoda</i>
Wniosek złożono w.....	Wniosek złożono w .....
W dniu.....	W dniu.....
Nr sprawy.....	Nr sprawy.....
Wniosek kompletny przyjęto w dniu.....	Wniosek kompletny przyjęto w dniu.....

### Część A – wypełnia wnioskodawca

#### I. Dane podstawowe

1. Pełna nazwa ośrodka:			
Ostatni numer wpisu do rejestru ośrodków: OD/ / /			
Adres: ulica	nr	kod	miejsowość
poczta	gmina	powiat	województwo
Telefon: kierunkowy	nr (1)		nr (2)
Faks		e-mail	
2. Pełna nazwa lub imię i nazwisko właściciela albo użytkownika wieczystego ośrodka:			
Adres: ulica	nr	kod	miejsowość
poczta	gmina	powiat	województwo
Telefon: kierunkowy	nr (1)		nr (2)
Faks		e-mail	
3. Rodzaj ośrodka (właściwe podkreślić): A. ośrodek rehabilitacyjno-wypoczynkowy, B. sanatorium – zakład uzdrowiskowy, C. ośrodek wczasowy, D. ośrodek szkoleniowo – wypoczynkowy, E. zakład opieki zdrowotnej, F. ośrodek kolonijny, G. ośrodek szkolno – wychowawczy, H. szkoła – przedszkole, I. dom pomocy społecznej, J. hotel, K. pensjonat, L. kwatera agroturystyczna, M. inny (jaki?).....			
4. Okres świadczenia usług (właściwe podkreślić lub wypełnić): sezonowy- w okresie od.....do...../ całoroczny.			
5. Od kiedy ośrodek przyjmuje /zamierza przyjmować* zorganizowane grupy osób niepełnosprawnych na turnusy rehabilitacyjne.....			

\*Właściwe podkreślić i wpisać datę.

**II. Dane dotyczące rodzajów turnusów rehabilitacyjnych, które mogą być organizowane w ośrodku oraz grup osób niepełnosprawnych, które ośrodek zamierza przyjmować**

Rodzaj turnusu		Grupy według rodzaju dysfunkcji lub schorzenia	
ogólnousprawniający z programem rekreacyjno- wypoczynkowym		z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich	
specjalistyczne	rekreacyjno-sportowy i sportowy (określić dziedzinę / dyscyplinę) .....	z dysfunkcją narządu ruchu, w tym osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich	
	szkoleniowym (określić rodzaj szkolenia)..... .....	z dysfunkcją narządu słuchu	
	z programem psychoterapeutycznym	z dysfunkcją narządu wzroku	
	z programem rozwijającym zainteresowania i uzdolnienia (określić jakie)..... .....	z upośledzeniem umysłowym	
	z programem nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością	z chorobą psychiczną	
z innym programem (jakim?)..... ..... .....	z epilepsją		
	ze schorzeniami układu krążenia		
	z innymi dysfunkcjami lub schorzeniami niż wymienione (jakimi?)..... .....		

**III. Krótka charakterystyka ośrodka i jego otoczenia**

(określić lokalizację, dojazd, walory klimatyczne, zagospodarowanie terenu, walory turystyczne itp.)

\* Zaznaczyć właściwe pola.

#### IV. Zaplecze do realizacji aktywnych form rehabilitacji, w tym prowadzenia zajęć ogólnousprawniających

1. Gabinet kinezyterapii / sala do rehabilitacji ruchowej\*

Liczba pomieszczeń .....

Powierzchnia w m<sup>2</sup> .....

Posiadane atestowane wyposażenie oraz sprzęt\*: atlas, drabinki, materace, rotory, równoważnie, rowerki treningowe ,inne(*jakie?*).....

2. Inne pomieszczenia i obiekty(*jakie?*)

Przeznaczenie .....

Posiadane atestowane wyposażenie oraz sprzęt .....

#### V. Gabinet lekarski lub zabiegowy

Liczba pomieszczeń .....powierzchnia w m<sup>2</sup>.....

Posiadane atestowane wyposażenie .....

#### VI. Zaplecze do prowadzenia aktywnych form rehabilitacji i rekreacyjno-wypoczynkowe, na terenie ośrodka

(*właściwe zaznaczyć i wypełnić*)

Lp.	Obiekt	Na terenie ośrodka		Poza terenem ośrodka		
		jest	nie ma	jest	nie ma	odległość od ośrodka
1.	boisko					
2.	korty tenisowe					
3.	kręgielnia					
4.	basen kryty					
5.	basen odkryty					
6.	ścieżki zdrowia					
7.	sala gimnastyczna					
8.	siłownia					
9.	wyciąg narciarski					
10.	przystań wodna ze sprzętem wodnym					
11.	plac zabaw dla dzieci					

Trasy spacerowe, tereny rekreacyjne (*podać krótki opis*): .....

Inne (*jakie?*) .....

\* *właściwe podkreślić*

Liczba sal ogólnego przeznaczenia.....powierzchnia w m<sup>2</sup> .....  
Liczba sal do prowadzenia szkoleń ..... powierzchnia w m<sup>2</sup> .....  
wyposażenie .....  
Rodzaj pracowni do prowadzenia zajęć rozwijających zainteresowania .....  
.....  
- powierzchnia w m<sup>2</sup> .....  
- wyposażenie .....

biblioteka:                     jest                                     nie ma  
kawiarnia                     jest                                     nie ma  
dyskoteka                     jest                                     nie ma  
inne (*jaki?*): .....

## VII. Baza noclegowa ośrodka

Zabudowa ośrodka (*właściwe podkreślić*): A – w budynku, B – w domkach, C – w zabudowie pawilonowej

Liczba miejsc noclegowych ogółem.....  
W pokojach 1 – osobowych ....., 2 – osobowych ....., 3 – osobowych .....,  
w wieloosobowych (wymienić ilu) .....  
- w tym miejsc:  
    a) całorocznych.....  
    b) sezonowych.....

Rodzaj zakwaterowania:

- 1) w budynku: - liczba kondygnacji.....  
    - liczba miejsc ogółem....., w tym:  
        a) w pokojach z pełnym węzłem sanitarnym.....  
        b) w pokojach bez pełnego węzła sanitarnego.....
- 2) w domkach murowanych z pełnym węzłem sanitarnym (parterowe, piętrowe):  
    - liczba miejsc ogółem....., w tym:  
        a) na parterze .....
- b) na piętrze .....
- 3) w domkach drewnianych z pełnym węzłem sanitarnym:  
    - liczba miejsc ogółem.....
- 4) inny (*jaki?*) .....

Liczba miejsc noclegowych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich.....

Liczba pokoi dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich.....w tym:  
    a) z pełnym węzłem sanitarnym.....  
    b) bez pełnego węzła sanitarnego.....



## **X. Wyżywienie na terenie ośrodka**

Stołówka:

- na miejscu
- w oddzielnym budynku; odległość stołówki od budynku mieszkalnego.....

Możliwość zapewnienia diety (*właściwe podkreślić*):

- cukrzycowej,
- nisko tłuszczowej,
- bezglutenowej,
- wątrobowej,
- wegetariańskiej,
- innej (*jakiej?*) .....

## **XI. Inne dodatkowe informacje o ośrodku**

Data wypełnienia ankiety:.....

.....  
(podpis właściciela albo użytkownika wieczystego)

**Część B wniosku – wypełnia Urząd Wojewódzki**  
Informacja o sposobie rozpatrzenia wniosku

.....  
*(nazwa ośrodka)*  
.....

.....  
*(adres)*  
.....

z dniem .....

*(właściwe zaznaczyć)*

- uzyskał wpis do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych nr OD/...../...../.....
- nie uzyskał wpisu do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych
- pozostawiono bez rozpatrzenia

.....  
(data i podpis )