

## WNIOSEK

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

- pierwszy wniosek o dokonanie wpisu     
  wniosek o dokonanie zmian we wpisie     
  kolejny wniosek o dokonanie wpisu do rejestru

Wniosek złożono w:	
w dniu:	Nr sprawy
Wniosek kompletny przyjęto w dniu:	

### Część A - wypełnia wnioskodawca

#### I. Dane podstawowe

1. Pełna nazwa ośrodka:			
Ostatni numer wpisu do rejestru ośrodków:    OD/    /    /			
2. Adres			
Ulica	Nr	Kod	Miejscowość
Poczta	Gmina	Powiat	Województwo
3. Telefon:	kierunkowy	nr (1)	nr (2)
	fax	adres e-mail	
4. Pełna nazwa lub imię i nazwisko właściciela lub użytkownika wieczystego nieruchomości w której zlokalizowany jest ośrodek albo prowadzącego ośrodek			
5. Adres			
Ulica	Nr	Kod	Miejscowość
Poczta	Gmina	Powiat	Województwo
6. Telefon:	kierunkowy	nr (1)	nr (2)
	fax	adres e-mail	
7. Rodzaj ośrodka (właściwe zaznaczyć*):			
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M .....			
<small>* Objaśnienia do symboli: 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. kwatery agroturystyczna, M. inny (jaki?)</small>			
8. Okres świadczenia usług (właściwe zaznaczyć lub zaznaczyć i wypełnić):			
<input type="checkbox"/> sezonowy <input type="checkbox"/> w okresie od <input style="width: 50px;" type="text"/> do <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> całoroczny			
9. Od kiedy ośrodek przyjmuje/zamierza przyjmować (właściwe podkreślić) zorganizowane grupy osób niepełnosprawnych na turnusy rehabilitacyjne <input style="width: 100px;" type="text"/>			

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

### Rodzaj turnusu\*

- Usprawniająco - rekreacyjny
- Rekreacyjno-sportowy i sportowy (określić dziedzinę/ dyscyplinę)

.....

- Szkoleniowy (określić rodzaj szkolenia)

.....

- Psychoterapeutyczny

- Rozwijający zainteresowania i uzdolnienia (określić jakie)

.....

- Nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością

### Grupy osób według dysfunkcji lub schorzenia\*\*

- A       B       C       D       E       F       G       H

- I .....

\* właściwe zaznaczyć

\*\* Objaśnienia do symboli: A- z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich; B - z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich; C- z dysfunkcją narządu słuchu; D - z dysfunkcją narządu wzroku; E - z upośledzeniem umysłowym; F - z chorobą psychiczną; G - z padaczką; H - ze schorzeniami układu krążenia; I - z innymi niż wymienione dysfunkcjami lub schorzeniami (określić jakimi?)

## III. Krótka charakterystyka ośrodka i jego otoczenia

(określić lokalizację, dojazd, walory klimatyczne i turystyczne, zagospodarowanie terenu)

#### IV. Zaplecze do realizacji aktywnych form rehabilitacji

1.  Gabinet kinezyterapii  Sala do rehabilitacji ruchowej

Liczba pomieszczeń  Powierzchnia w m<sup>2</sup>

Posiadane atestowane wyposażenie oraz sprzęt (właściwe zaznaczyć)

- A  B  C  D  E  F  G  
 H .....

\*) objaśnienia do symboli: A - atlas, B - drabinki, D - materace, E - rotory, F - równoważnie, G - rowerki treningowe, H - inne - (określić 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 oraz sprzęt

#### VI. Zaplecze do prowadzenia zajęć sportowo - rekreacyjnych na terenie ośrodka

Lp.	Nazwa	Na terenie ośrodka	Poza terenem ośrodka	Odległość od ośrodka
1.	boisko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2.	korty tenisowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3.	kręgielnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4.	basen kryty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5.	basen odkryty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6.	ścieżka zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7.	sala gimnastyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8.	siłownia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9.	wyciąg narciarski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10.	przystań wodna ze sprzętem wodnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
11.	plac zabaw dla dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
12.	<input type="checkbox"/> trasy spacerowe <input type="checkbox"/> tereny rekreacyjne (podać krótki opis).....			
13.	<input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....			

Liczba sal ogólnego przeznaczenia  powierzchnia w m<sup>2</sup>   
Liczba sal do terapii zajęciowej  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                       kawiarnia                       dyskoteka  
 inne (jakie?) .....

## VII. Baza noclegowa ośrodka

Zabudowa ośrodka (*właściwie zaznaczyć*)     w budynku     w domkach     w zabudowie pawilonowej

Liczba miejsc noclegowych ogółem

- w pokojach 1 - osobowych  2 - osobowych  3 - osobowych  w wieloosobowych (wymienić w ilu) .....

- w tym miejsc: całorocznych                       sezonowych

Rodzaj zakwaterowania:

- 1) w budynku: - liczba kondygnacji   
- liczba miejsc ogółem   
                    w pokojach z pełnym węzłem sanitarnym   
                    w pokojach bez pełnego węzła sanitarnego

2) w domkach murowanych z pełnym węzłem sanitarnym (parterowe, piętrowe):  
- liczba miejsc ogółem  w tym na piętrze                       na parterze

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:

z pełnym węzłem sanitarnym  bez pełnego węzła sanitarnego

## VIII. Dostępność obiektów ośrodka, pomieszczeń noclegowych i ogólnodostępnych oraz infrastruktury i otoczenia ośrodka dla osób niepełnosprawnych o różnych dysfunkcjach

z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich\*

z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich\*

z dysfunkcją narządu słuchu\*

z dysfunkcją narządu wzroku\*

z upośledzeniem umysłowym, chorobą psychiczną, padaczką i schorzeniami układu krążenia\*

\* podać krótki opis lub wpisać "brak"

## IX. Standard ośrodka

Podstawowe wyposażenie w pokojach .....

Podstawowe wyposażenie w pomieszczeniach higieniczno - sanitarnych .....

- Możliwość parkowania samochodu na terenie ośrodka  
 Utwardzona nawierzchnia dojazdowa

## X. Wyżywienie na terenie ośrodka

Stołówka\*

- na miejscu     w oddzielnym budynku, odległość stołówki od budynku mieszkalnego

Możliwość zapewnienia diety\*

- cukrzycowej,     niskotłuszczowej,     bezglutenowej,     wątrobowej,     wegetariańskiej  
 innej (jakiej?) .....

## XI. Inne dodatkowe informacje o ośrodku

.....  
(data wypełnienia ankiety)

.....  
(podpis wnioskodawcy\*\*)

\* właściwie zaznaczyć

\*\* właściciela lub użytkownika wieczystego nieruchomości, w której zlokalizowany jest ośrodek albo prowadzącego ośrodek

**Część B wniosku - wypełnia Urząd Wojewódzki**

I. Ocena Ośrodka:

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

II. Informacje o sposobie rozpatrzenia wniosku

Nazwa ośrodka: .....

Adres ośrodka: .....  
.....  
.....

z dniem

*(właściwe zaznaczyć)*

- uzyskał wpis do rejestru ośrodków nr OD/    /    /
- nie uzyskał wpisu do rejestru ośrodków
- pozostawiono bez rozpatrzenia

.....

*(data i podpis)*