

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)

 faks 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)

 faks adres e-mail

7. Rodzaj ośrodka (właściwie zaznaczyć)*:

- A B C D E F G H I J
- K L M

* 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 – kwatera agroturystyczna, M – inny (jaki?)

8. Okres świadczenia usług (właściwie zaznaczyć lub zaznaczyć i wypełnić):

sezonowy w okresie od _____ do _____ całoroczny

9. Od kiedy ośrodek przyjmuje/zamierza przyjmować (właściwie podkreślić) zorganizowane grupy osób niepełnosprawnych na turnusy rehabilitacyjne _____

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** (właściwe zaznaczyć)

- 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 m²
- Posiadane atestowane wyposażenie oraz sprzęt* (właściwe zaznaczyć)
- A B C D E F
- G

* objaśnienia do symboli: A – atlas, B – drabinki, C – materace, D – rotory, E – równoważnie, F – rowerki treningowe, G – inne (określić jakie?)

2. Inne pomieszczenia i obiekty (jakie?)

Przeznaczenie

Posiadane atestowane wyposażenie oraz sprzęt

V. Gabinet lekarski lub zabiegowy

Liczba pomieszczeń Powierzchnia w m²

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.	sała 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 m²

Liczba sal do terapii zajęciowej powierzchnia w m²

Liczba sal do prowadzenia szkoleń powierzchnia w m²

Wyposażenie

Rodzaj pracowni do prowadzenia zajęć rozwijających zainteresowania

- powierzchnia w m²

- 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

Stolówka*

- na miejscu w oddzielnym budynku; odległość stolówki od budynku mieszkalnego

Możliwość zapewnienia diety*

- cukrzycowej niskotłuszczowej bezglutenowej wątrobowej wegetariańskiej
 innej (jakiej?)

XI. Inne dodatkowe informacje o ośrodku

.....
(data wypełnienia ankiety)

.....
(podpis wnioskodawcy**)

* Właściwe zaznaczyć.

** Właściciela lub użytkownika wieczystego nieruchomości, w której zlokalizowany jest ośrodek, albo prowadzącego ośrodek.

