

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 |
| Pocztą | 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 |
| Pocztą | Gmina | Powiat | Województwo |

| | | | |
|-------------|------------|--------------|--------|
| 6. Telefon: | kierunkowy | nr (1) | nr (2) |
| | fax | adres e-mail | |

7. Rodzaj ośrodka (właściwe 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. kwatery agroturystyczna, M. inny (jaki?)

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

- sezonowy
 w okresie od do
 całoroczny

9. Od kiedy ośrodek przyjmuje/zamierza przyjmować (właściwe 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**

- 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
 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 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. | 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 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

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

(właściwie zaznaczyć)

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

.....
(data i podpis)