

**WNIOSEK**  
**O WPIS DO REJESTRU OŚRODKÓW, W KTÓRYCH MOGĄ ODBYWAĆ SIĘ TURNUSY REHABILITACYJNE**  
**DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KORZYSTAJĄCYCH Z DOFINANSOWANIA**  
**PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐

pierwszy wniosek o dokonanie wpisu

☐

wniosek o dokonanie zmian we wpisie

☐

kolejny wniosek o dokonanie wpisu do rejestru

**MIEJSCE ZŁOŻENIA WNIOSKU**

**DANE WNIOSKU (wypełnia Urząd Wojewódzki)**

01. Miejsce złożenia wniosku (nazwa urzędu)

.....

02. Data złożenia wniosku (dd / mm / rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

03. Numer sprawy

.....

04. Data przyjęcia kompletnego wniosku (dd / mm / rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

**CZĘŚĆ A - wypełnia wnioskodawca**

**I. DANE PODSTAWOWE**

**PEŁNA NAZWA OŚRODKA**

.....

.....

.....

Ostatni numer wpisu do rejestru ośrodków: **OD /** .....

**DANE ADRESOWE OŚRODKA**

01. Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--

02. Poczta

.....

03. Województwo

.....

04. Powiat

.....

05. Gmina / Dzielnica

.....

06. Miejscowość

.....

07. Ulica

.....

08. Numer domu

--	--	--	--	--	--	--	--

09. Numer lokalu

--	--	--	--	--	--	--	--

10. Numer telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Drugi numer telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Numer faxu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. Adres poczty elektronicznej

.....

PEŁNA NAZWA LUB IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA LUB UŻYTKOWNIKA WIECZYSTEGO NIERUCHOMOŚCI, W KTÓREJ ZLOKALIZOWANY JEST OŚRODEK, ALBO PROWADZĄCEGO OŚRODEK

DANE ADRESOWE WŁAŚCICIELA LUB UŻYTKOWNIKA WIECZYSTEGO NIERUCHOMOŚCI, W KTÓREJ ZLOKALIZOWANY JEST OŚRODEK, ALBO PROWADZĄCEGO OŚRODEK

01. Kod pocztowy

02. Poczta

 - 

03. Województwo

04. Powiat

05. Gmina / Dzielnica

06. Miejscowość

07. Ulica

08. Numer domu

09. Numer lokalu



10. Numer telefonu

11. Drugi numer telefonu

12. Numer faxu




13. Adres poczty elektronicznej

Rodzaj ośrodka: (należy zaznaczyć właściwe kwadraty)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ośrodek rehabilitacyjno – wypoczynkowy | <input type="checkbox"/> sanatorium – zakład uzdrowiskowy | <input type="checkbox"/> ośrodek wczasowy        |
| <input type="checkbox"/> ośrodek szkoleniowo – wypoczynkowy     | <input type="checkbox"/> zakład opieki zdrowotnej         | <input type="checkbox"/> ośrodek kolonijny       |
| <input type="checkbox"/> ośrodek szkolno – wychowawczy          | <input type="checkbox"/> szkoła – przedszkole             | <input type="checkbox"/> dom pomocy społecznej   |
| <input type="checkbox"/> hotel                                  | <input type="checkbox"/> pensjonat                        | <input type="checkbox"/> kwatera agroturystyczna |
| <input type="checkbox"/> inny (jaki?)                           |   |  |

Okres świadczenia usług: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ sezonowy

Data od (dd / mm / rrrr)

Data do (dd / mm / rrrr)

☐ w okresie od:

do:

☐ całoroczny

Od kiedy ośrodek: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ przyjmuje

☐ zamierza przyjmować

Data (dd / mm / rrrr)

zorganizowane grupy osób niepełnosprawnych na turnusy rehabilitacyjne:

☐ Usprawniająco - rekreacyjny

☐ Rekreacyjno - sportowy i sportowy (określić dziedzinę/dyscyplinę)

	Szkoleniowy (określić rodzaj szkolenia)
--	---

☐ Psychoterapeutyczny

[illegible]

Grupy osób według dysfunkcji lub schorzenia: (należy zaznaczyć właściwe kwadraty)

[illegible]

### 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: (należy zaznaczyć właściwe kwadraty)

☐ atlas ☐ drabinki ☐ materace ☐ rotory ☐ równoważnie ☐ rowerk treningowe  
☐ 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

Nazwa	Na terenie ośrodka	Poza terenem ośrodka	Odległość od ośrodka [w metrach]
01. boisko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
02. korty tenisowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
03. kręgielnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
04. basen kryty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
05. basen odkryty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
06. ścieżka zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
07. sala gimnastyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
08. siłownia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
09. wyciąg narciarski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. przystań wodna ze sprzętem wodnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11. plac zabaw dla dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

12. ☐ trasy spacerowe ☐ trasy rekreacyjne

(podać krótki opis): .....

13. ☐ 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: (należy zaznaczyć właściwe kwadraty)

☐ w budynku ☐ w domkach ☐ w zabudowie pawilonowejLiczba 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  { 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  { 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 (należy zaznaczyć właściwe kwadraty)

☐ z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich: (podać krótki opis lub wpisać BRAK)

.....

.....

.....

☐ z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich: (podać krótki opis lub wpisać BRAK)

.....

.....

.....

☐ z dysfunkcją narządu słuchu: (podać krótki opis lub wpisać BRAK)

.....

.....

.....

☐ z dysfunkcją narządu wzroku: (podać krótki opis lub wpisać BRAK)

.....

.....

.....

☐ 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: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ na miejscu ☐ w oddzielnym budynku; odległość stołówki od budynku mieszkalnego w metrach

Możliwość zapewnienia diety (należy zaznaczyć właściwe kwadraty)

☐ cukrzycowej ☐ niskotłuszczowej ☐ bezglutenowej ☐ wątrobowej ☐ wegetariańskiej

☐ innej (jakiej?): .....

.....

.....

**CZĘŚĆ B - wypełnia Urząd Wojewódzki**

## OCENA OŚRODKA



## INFORMACJA O SPOSOBIE ROZPATRZENIA WNIOSKU

**NAZWA OŚRODKA**

## DANE ADRESOWE OŚRODKA

01. Kod pocztowy

		-		
--	--	---	--	--

## 02. Poczta

03. Województwo

04. Powiat

05. Gmina / Dzielnica

## 06. Miejscowość

07. Ulica

08. Numer domu

--	--	--	--	--	--	--

09. Numer lokalu

--	--	--	--	--	--	--

Data (dd / mm / rrrr)

z dniem:

--	--	--	--	--	--	--	--

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

uzyskał wpis do rejestru ośrodków nr:

OD /

nie uzyskał wpisu do rejestru ośrodków

1

pozostawiono bez rozpatrzenia

(Data: dd / mm / rrrr)