

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
Poczta		Gmina	Miejscowość
		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
Poczta		Gmina	Miejscowość
		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		
* 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):			
<input type="checkbox"/> sezonowy	<input type="checkbox"/> w okresie od	<input type="text"/>	do <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> całoroczny	
9. Od kiedy ośrodek przyjmuje/zamierza przyjmować (właściwe podkreślić) zorganizowane grupy osób niepełnosprawnych na turnusy rehabilitacyjne <input 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 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 (jaki?)

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
 Utworzona 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

[Empty space for additional information]

.....
(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)