

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)
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
Pocztą	Gmina	Powiat	Województwo

6. Telefon:

kierunkowy	nr (1)	nr (2)
faks	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 - kwatera 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** (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.	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 - 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)