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

1. **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) …......................................... 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 …………………........... Poczta .................... 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 - 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 grup 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?)

1. **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 | □ | □ |  |
| 2 | korty tenisowe | □ | □ |  |
| 3 | kręgielnia | □ | □ |  |
| 4 | basen kryty | □ | □ |  |
| 5 | basen odkryty | □ | □ |  |
| 6 | ścieżki zdrowia | □ | □ |  |
| 7 | sala gimnastyczna | □ | □ |  |
| 8 | siłownia | □ | □ |  |
| 9 | wyciąg narciarski | □ | □ |  |
| 10 | przystań wodna ze sprzętem wodnym | □ | □ |  |
| 11 | plac zabaw dla dzieci | □ | □ |  |
| 12. | □ trasy spacerowe | □ tereny rekreacyjne (*podać krótki opis).................................................* |
|  | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 13  | □ inne (*jakie?)*………………………………………………………………………………………………… |

Liczba sal ogólnego przeznaczenia ...............................powierzchnia w m²............................................

Liczba saldo 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(*właściwe 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 □ woddzielnym 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\*\*)

\* *Właściwe 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)