

WZÓR

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)
	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
Poczta		Gmina	Miejscowość
		Powiat	Województwo
6. Telefon:	kierunkowy	nr (1)	nr (2)
	faks	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		
* Objasnienia 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):			
<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"/>			

IV. Zaplecze do realizacji aktywnych form rehabilitacji

1. Gabinet kinezyterapii Sala do rehabilitacji ruchowej

Liczba pomieszczeń Powierzchnia w m²

Posiadane atestowane wyposażenie oraz sprzęt* (właściwie 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. trasy spacerowe tereny rekreacyjne (podać krótki opis)

13. 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
 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.

