

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice
bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:*

Data urodzenia:

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym: -

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności: **znacznym** **umiarkowanym** **lekkim**

Numer orzeczenia:

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: **I** **II** **III**

- o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy

- o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

- o niezdolności do samodzielnej egzystencji

c) o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON **

Tak (podać rok) Nie

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej** Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna:

(wypełnić jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

**Informacje uzupełniające do wniosku
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia: Nr telefonu:

Ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem
postanowieniem Sądu Rejonowego

.....
.....

z dn. sygn. Akt.

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

..... z dn.

repet. nr

.....
data

.....
podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

***niepotrzebne skreślić**

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu

Adres e-mail:

.....
data

.....
podpis