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 albo numer dokumentu tożsamości ........................................................................

Adres zamieszkania\* ..........................................................................................................

Data urodzenia ........................................ nr telefonu …………………………………………….

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ..........................................

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

 □ o stopniu niepełnosprawności □ znacznym □ umiarkowanym □ lekkim

 □ o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów □ I □ II □ III

 □ o całkowitej niezdolności do pracy □ o częściowej niezdolności do pracy

 □ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
 □ o niezdolności do samodzielnej egzystencji

 □ 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 Nr wniosku: PCPR.N.41120. …….. .20….

........................................................ ........................................................

(data wpływu wniosku do PCPR) (pieczęć PCPR i podpis pracownika)

## PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

 *(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej) opiekun prawny lub pełnomocnik*

Imię i nazwisko: .................................................................................................................................................

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: ........................................................................................................

Adres zamieszkania: ..........................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Data urodzenia: .................................................................................................................................................

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*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR***(należy zaznaczyć właściwe)* |
|  | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
| **1.** | Kserokopia orzeczenia, o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie równoważne; oryginał do wglądu |  |  |  |
| **2.** | Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.  |  |  |  |
| **3.** | Wniosek lekarski na turnus rehabilitacyjny. |  |  |  |
| **4.** | Sytuacja społeczna osoby z niepełnosprawnością.  |  |  |   |
| **5.** | Aktualna legitymacja szkolna bądź zaświadczenie ze szkoły potwierdzające status ucznia ( *dotyczy jedynie osób w wieku 16-24 lat )*  |  |  |   |
| **6.** | Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienie sądu, jeżeli ustanowiony jest pełnomocnik lub opiekun prawny.  |  |  |  |