**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 ................................................................................................................

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

# POSIADANE ORZECZENIE \*\*

1. o stopniu niepełnosprawności □ znacznym □ umiarkowanym □ lekkim
2. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów □ I □ II □ III
3. □ o całkowitej □ o częściowej niezdolności do pracy

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

1. □ 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)* **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*