**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu**

**Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

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

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

Data urodzenia …………………………………………………………………………………………...

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

Telefon. stacjonarny .................................................komórka ………………………………………

E-mail …………………………………………………………………………………………………….

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

# POSIADANE ORZECZENIE \*\*

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

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

c) o całkowitej 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 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 wyniósł ......................... 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.

Zobowiązuje 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 ( wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy )

ulica …………………………………… nr domu …………………….. nr lokalu……………………..

kod ……….- ………… miejscowość ……………………..gmina ……………………………………..

telefon ………………………………. e-mail …………………………………………………………...

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

Ustanowiony Opiekunem postanowieniem Sądu Rejonowego w ………………………………….........

z dnia …………………………sygn.. akt ………………………………………………………………

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia ……………………

repetytorium nr …………………………………………………………………………………………