

**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

Adres zamieszkania*

PESEL Data urodz. Nr tel.

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka**

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

POSIADANE ORZECZENIE (właściwe podkreślić):

- a) grupa I / znaczny stopień niepełnosprawności/ całkowita niezdolność do pracy/ w gospodarstwie rolnym/ i niezdolność do samodzielnej egzystencji,
- b) grupa II / umiarkowany stopień niepełnosprawności/ całkowita niezdolność do pracy,
- c) grupa III / lekki stopień niepełnosprawności/ częściowa niezdolność do pracy,
- d) niepełnosprawność do 16 roku życia.

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON (właściwe zaznaczyć) TAK (podać rok) NIE

Jestem zatrudniony(a) w Zakładzie Pracy Chronionej (właściwe zaznaczyć) 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***.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Nie dotyczy dorosłych uczestników.

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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