

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

NIP

Adres (miejsce pobytu*)

Data urodzenia

Numer telefonu

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/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji | | | |
| d) 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
JESTEM UCZNIEM w wieku 16-24 lat i nie pracuję** Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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

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).

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(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)