Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

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

Nazwisko i Imię .....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....
Adres zamieszkania* .....
Nr telefonu kontaktowego .....
Data urodzenia .....
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
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

Imię i nazwisko opiekuna .....
(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobyto 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 na osobę w rodzinie.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... osób.
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)

U W A G A ! Wraz z wypełnionym wnioskiem należy przedłożyć kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności. (oryginał do wglądu)

Wypełnia PCPR

..... **.....**
Data wpływu wniosku do PCPR **Pieczęć PCPR i podpis pracownika**

---

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.
***dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne