

Data wpływu wniosku.....

Nr sprawy.....

.....
Pieczętka PCPR i podpis pracownika

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA 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 **Tel.**

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 / 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 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

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) **Oświadczenie PCPR o przyznaniu dofinansowania**

Przyznano dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w roku:

dla uczestnika w wysokości zł. (słownie:.....)

dla opiekuna w wysokości zł. (słownie:.....)

.....
Data

.....
Podpis i pieczętka dyrektora PCPR