

**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

Adres zamieszkania*

.....

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Numer telefonu:

Adres e-mail:.....

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności znacznymumiarkowanym lekkim
Numer orzeczenia:..... Ważne do:

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 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.***

.....
(Data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć

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

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego
wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun
prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:
postanowieniem Sądu: z dn.sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:.....
z dn. repet. nr

.....
(Data)

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)

Wymagane załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. Klauzula Informacyjna
3. Zaświadczenie lekarza prowadzącego, stwierdzającego rodzaj niepełnosprawności oraz zasadność prowadzenia odpowiedniej do rodzaju niepełnosprawności rehabilitacji leczniczej na wymienionym sprzęcie rehabilitacyjnym przy pomocy którego możliwe będzie osiągnięcie maksymalnie najwyższego poziomu funkcjonowania.
4. W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kserokopię uwierzytelnionego pełnomocnictwa lub postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
5. Dla osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lata – zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.