PCPR-V.4130. …………..20….

**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 ...........................................................................

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim

Numer orzeczenia: ……………………………………………………………………………………………………...

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 świadomy(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**

.................................................................... ....................................................................

 (data wpływu wniosku do PCPR) (pieczęć PCPR i podpis pracownika)

**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\*)*

**Informacje uzupełniające do wniosku**

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu: .................................................................................................................................................................

Adres e-mail: .....................................................................................................................................................................

............................................................................... .........................................................................................

(data) (podpis)

\* niepotrzebne skreślić