

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

Telefon

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

Orzeczenie wydane na stałe Orzeczenie okresowe wydane do dnia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON

TAK (podać rok) NIE

Jestem zatrudniony w zakładzie pracy chronionej TAK NIE

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

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

1) Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks Karny (Dz.U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

2) Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.

.....dnia

.....

(podpis Wnioskodawcy)

* Właściwe zaznaczyć.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Kserokopia dokumentów potwierdzających dochody osób we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Kserokopia legitymacji szkolnej lub zaświadczenie ze szkoły dotyczące kontynuacji nauki młodzieży od 16 do 24 roku życia

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)