

**Data wpływu:**

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

Nr telefonu…………………………………………………………………………………………………..

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 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 i 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**

..…………………………………. ……………………………………………..

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

Informacje uzupełniające do wniosku PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

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

Imię i nazwisko: ............................................................................................................................

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: ....................................................................................

Adres zamieszkania: .....................................................................................................................

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

Data urodzenia: ............................................................................................................................

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: ..............................................

...................................................................................................................................................... postanowieniem Sądu Rejonowego: .............................................................................................

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

z dn. ........................................... sygn. Akt\*: ...............................................................................

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: ....................................................

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

z dn. .............................................. repet. nr ...............................................................................

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

data podpis

przedstawiciela ustawowego\* opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*

\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki:**

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (druk w załączeniu),
2. Oświadczenie – o opiekunie osoby niepełnosprawnej (druk w załączeniu),
3. Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się   
   o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (druk w załączeniu),
4. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a, lub art. 62 ustawy\*\*, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem   
   1 stycznia 1998 r.,
5. Pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie sądu do reprezentowania Wnioskodawcy   
   (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego dla Wnioskodawcy),
6. Aktualne zaświadczenie ze szkoły w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku od 16 do 24 lat uczących się i niepracujących,
7. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (druk w załączeniu).

\*\* ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.)