

**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:

Nr telefonu Wnioskodawcy:

POSIADANE ORZECZENIE:**

- a) stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I II III
c) o całkowitej niezdolności do pracy 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)

O Ś W I A D C Z E N I E

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.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu r. zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i po podjęciu uchwały przez Radę Powiatu w Nidzicy o podziale środków na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych na rok 20.....

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 kompletnego wniosku do PCPR)

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