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

*data wpływu wniosku do PCPR*

*(pieczęć PCPR i podpis pracownika)*

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 (osoby niepełnosprawnej)...............................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .............................................................................................

Adres zamieszkania\* ................................................................................................................................

Data urodzenia .........................................................................................................................................

Nr telefonu/adres e-mail ….......................................................................................................................

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 świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\*

................................. …………………………………………………..

data Czytelny odpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego /

Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika\*

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

\*\*\* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

##### 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 ……………………………………………………………………………………………………

nr telefonu/adres e-mail ..........................................................................................................................................

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

|  |
| --- |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** |
| 1. Klauzula informacyjna. |
| 2. Pełnomocnictwo upoważniające do dokonywania na rzecz Wnioskodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW. |
| 3.Odwołanie pełnomocnictwa upoważniającego do dokonywania na rzecz Wnioskodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW. |
| 4. Pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie sądu do reprezentowania Wnioskodawcy  (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego dla Wnioskodawcy). |
| 5. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 w/w ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy  w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. |
| 6. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny. |
| 7. Oświadczenie o pobieraniu nauki i niezatrudnieniu w przypadku osób w wieku od 16-24 roku życia uczących się i niepracujących. |