#### ……………………………………. **Nr wniosku 4015/…….…/20……..**

*Data wpływu*

**Wiosek 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)

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane personalne**  Imię.....................................................Nazwisko....................................................... Data urodzenia .........................r.  Dowód osobisty seria ............numer ........................wydany w dniu..........................r. ważny do .........................r.  przez...........................................................................................................................Płeć: kobieta   mężczyzna  PESEL | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stałymiejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania **(art. 25 KC)**  Kod pocztowy - ................................................  (poczta)  Miejscowość ...............................................................................  Ulica ...........................................................................................  Nr domu ............. nr lok. ......... Powiat .......................................  Województwo ............................................................................. | **ADRES ZAMELDOWANIA**  (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)  Kod pocztowy - ..................................  (poczta)  Miejscowość ................................................................  Ulica ............................................................................  Nr domu ................. nr lokalu .....................  Powiat .......................................................................  Województwo ............................................................ |
| Adres korespondencyjny: **(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)**  ..............................................................................................................  .............................................................................................................. | Nr telefonu………………………………..……….  e’mail (*o ile dotyczy*): …………………………… |

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[[1]](#footnote-1) TAK  NIE

Imię i nazwisko opiekuna ...........................................................................................................................

( wypełnić, jeśli lekarz uznał koniczność pobytu opiekuna)

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

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

**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.[[2]](#footnote-2)

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

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

**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

**Wypełnia PCPR**

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

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

1. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne [↑](#footnote-ref-2)