**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko……………………………………………………… Nr tel.: …..……………………...

PESEL …………………………………………………………………………………………………....   
Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………..

seria i numer dowodu osobistego ….………….... Organ Wydający …………………………………...

Data urodzenia ……………………………………………………………………………………..…….

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 ……………………………………………………PESEL…………………..

*(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 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 pracownika)*

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**

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

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………

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

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

Numer telefonu: ......................................................................................................................................

Adres email: ……………………………………………………………………………………………..

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

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

postanowieniem Sądu: ………………………………………………………………...…………………

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

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*:

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

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

*data podpis  
 przedstawiciela ustawowego\*  
 opiekuna prawnego\*  
 pełnomocnika\**

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

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

*data podpis  
 przedstawiciela ustawowego\*  
 opiekuna prawnego\*  
 pełnomocnika\**