**Wniosek o dofinansowania 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 ………………………………….

Telefon ………………………………………………………………………………………….

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

a) o stopniu niepełnosprawności **□** znaczny □ umiarkowany □ lekki

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów □ I □ II □ III

c) **□** o całkowitej **□** oczęściowej 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 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)

……………………………………….