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

 numer wniosku

**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 .................................................................................................................. Nr telefonu ........................................................................................................................

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\*\* □ Tak □ Nie

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

 *(wypełnić, jeżeli 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 ) |

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

 (pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

 lub gabinetu lekarskiego)

### Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

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

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

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

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

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\***

□ dysfunkcja narządu ruchu □ dysfunkcja narządu słuchu

□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

□ dysfunkcja narządu wzroku □ upośledzenie umysłowe

□ choroba psychiczna □ padaczka

□ schorzenia układu krążenia □ inne (jakie?)........................................

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

□ Nie

□ Tak- uzasadnienie...........................................................................................................

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

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

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

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

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

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

**Uwagi :**

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

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

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

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć

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

 (data) (pieczątka i podpis lekarza)

……………………………………………………………….

 Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

 Zobowiązuję się dostarczyć stosowny dokument potwierdzający moje zatrudnienie bądź gotowość podjęcia zatrudniania do dnia ……………………………………………. .

…………………………………………………………

podpis wnioskodawcy

……………………………………………………………….

 Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Aleksandrowie Kujawskim dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, zgodnie z ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r, poz. 922).

…………………………………………………………

podpis wnioskodawcy