

**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\**

**Upředzony/upředzona 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\**