………………… ……………………………….

Nr sprawy Data wpływu wniosku

# 

# Pieczęć i podpis pracownika …………………………

# 

**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 nr dokumentu tożsamości …………………………………………………………

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

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

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

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/i 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)*

**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, wynosi: ..............................................zł

liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi …………................

* powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
* Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\*
* nie mam zaległości wobec PFRON oraz że nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku strona umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.),
* Będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem/am,
* Mój opiekun ubiegający się o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa   
  w turnusie rehabilitacyjnym nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, ukończył 18 lat lub ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny.

………………….. ………………………………….

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\*Właściwe zaznaczyć.

\*\*\*Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .............................................................................................

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

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

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

Rodzaj turnusu..............................................................................................................................

Termin turnusu: od .............................do............................

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym ..........................................................................................

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

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

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym ..........................................................................................

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

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

Oświadczam że niekorzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

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

*(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.