

**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 lub numer dowodu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia Telefon

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności znaczny umiarkowanym lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
c) o całkowitej niezdolności do pracy 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, jeśli lekarz zaleci pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym 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 (słownie zł:))

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§1,2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” ***

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem przewidzianym w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, przewidującego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy karę pozbawienia wolności do lat 3.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

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

Wypełnia MOPS

.....
Data wpływu wniosku do MOPS

.....
Pieczęć MOPS i podpis pracownika

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

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dowodu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnika potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

.....
(data)

.....
podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

.....
(data)

.....
podpis

* niepotrzebne skreślić