

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** lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania\*.....

Numer telefonu.....adres.e-mail.....

Data urodzenia.....

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  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

Jestem uczniem w wieku 16-24 lat i nie pracuję\*\*  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)

---

---

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**

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

Imię i nazwisko:.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:.....

Numer telefonu.....adres e-mail.....

Adres zamieszkania: .....

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\**

**Do wniosku należy dołączyć:**

- 1) kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu);
  - 2) wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny;
  - 3) oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych;
- oraz ewentualnie w przypadku opiekuna prawnego lub pełnomocnika:
- 4) kopię zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)
  - 5) kopię oświadczenia o ustanowieniu pełnomocnika złożonego u notariusza (oryginał do wglądu)

**Pouczenie:**

1. *Osoba niemogąca pisać, ale mogąca czytać może zamiast podpisu uczynić tuszowy odcisk własnego palca. Obok tego odcisku osoba trzecia wypisze jej imię i nazwisko oraz się podpisze.*

2. *Opiekun:*

- *musi mieć ukończone 18 lat lub*
- *musi mieć ukończone 16 lat i być wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej,*
- *nie może być osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,*
- *nie może pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie.*

*\*Niepotrzebne skreślić*