

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

PESEL albo nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

Telefon kontaktowy adres e-mail

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym od do

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 osób 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 uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

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.

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)

Wymagany do wniosku załącznik:

Uwierzytelniona przez uprawniony organ, kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności (lub inny równoważny dokument) lub kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności (lub inny równoważny dokument) pod warunkiem przedstawienia jego oryginału przy składaniu wniosku.

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

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

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

Imię i nazwisko

PESEL lub nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

.....

Data urodzenia

ustanowiony przedstawicielem*/ opiekunem prawnym*/ pełnomocnikiem*

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego

.....

z dnia sygn. Akt

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*

.....

z dnia repet. nr

.....

data

.....

podpis
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*,
lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

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 upośledzenie umysłowe

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim choroba psychiczna

dysfunkcja narządu wzroku padaczka

dysfunkcja narządu słuchu

schorzenia układu krążenia

inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

Nie

Tak - uzasadnienie

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Oświadczenia Wnioskodawcy

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

1. Świadoma/y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zakresie:
 - numer telefonu,
 - adres e-mail.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.
4. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)