

Powiatowe Centrum Pomocy
Rodzinie w Tucholi
ul. Kościuszki 16
89-500 Tuchola

Data wpływu wniosku
Numer wniosku

Pieczęć PCPR

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

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

Imię i nazwisko.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *

Adres do korespondencji

Numer telefonu Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Adres e-mail

Posiadane orzeczenie **

a) o stopniu niepełnosprawności: znaczny umiarkowany lekki

Numer orzeczenia

b) o zaliczeniu o jednej z grup inwalidów: I II III

c) o całkowitej, częściowej niezdolności do pracy, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.*

***właściwe zaznaczyć*

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

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, wynosiłzł.

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.***

.....
Miejscowość, data

.....
(podpis Wnioskodawcy** przedstawiciela ustawowego**
opiekuna prawnego** pełnomocnika)

**niepotrzebne skreślić

**Informacje uzupełniające do wniosku
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:.....

Adres zamieszkania

Data urodzenia

nr telefonu/adres e-mail

ustanowiony przedstawicielem*/opiekunem*/pełnomocnikiem*:

postanowieniem Sądu Rejonowego

z dn. sygn. Akt*

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

z dn. repet. nr

.....
data

.....
Podpis Przedstawiciela ustawowego/
Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

Załączniki wymagane do wniosku:

l.p.	Nazwa załącznika
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku (<u>oryginał do wglądu</u>)
2.	Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
3.	W przypadku opiekuna prawnego kopia odpisu wyroku sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie
4.	W przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa notarialnego
5.	Klauzula informacyjna
6.	zaświadczenie ze szkoły potwierdzające status ucznia (dotyczy jedynie osób w wieku 16 - 24 lat)
7.	Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej (w przypadku gdy lekarz zalecił konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym).
8.	Pisemne pełnomocnictwo wybranej przez siebie osoby, która może składać wnioski w systemie SOW w ich imieniu (Dotyczy osób, które nie posiadają podpisu elektronicznego ani profilu zaufanego bądź mają trudności w korzystaniu z narzędzi elektronicznych).