WNIOSEK

o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

CSI.....

Imię i nazwisko .....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....
Adres (miejsce pobytu[1]) .....
.....
Data urodzenia .....
Numer telefonu .....
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

POSIADANE ORZECZENIE[2] (w załączeniu kopia):

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

☐ **Nie** ☐ **Tak** (*podać rok*) .....

JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ[2] ☐ **Tak** ☐ **Nie**

Imię i nazwisko opiekuna .....
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny** w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, o składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym za **rok podatkowy poprzedzający rok w którym składany jest wniosek**, wynosił : ..... .zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia"sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926)

....
Data Czytelny podpis wnioskodawcy

Wypełnia PCPR

....
Data wpływu wniosku do PCPR **Pieczęć MOPS i podpis pracownika**

[1] *wpisać wyłączne w przypadku osoby bezdomnej*
[2] *właściwe zaznaczyć*