Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej

z dnia 15 listopada 2007 r. ( Dz. U Nr 230,poz. 1694)

Załącznik nr 1

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 albo numer dokumentu tożsamości..............................................................................

Adres zamieszkania \*................................................................................................................

...............................................................................................................

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 □ o częściowej niezdolności do pracy

□ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

□ o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) □ o niepełnosprawności do 16. roku życia

Jestem zatrudniony (a) w zakładzie pracy chronionej □ TAK □ NIE

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON\*\*

□ TAK (podać rok).................□ 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.

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\*

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

.............................................. .......................................................

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grudziądzu, ul. Małomłyńska 1, 86-300 Grudziądz, NIP: 876-20-24-925, REGON: 871132388**.
2. Zapoznałem/łam się z treścią załączonej klauzuli informacyjnej – informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

**Oświadczam, że :**

jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i nie pracującą\*

nie jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i nie pracującą\*

\* właściwe podkreślić

.................................................. ...................................................................

*(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

telefon kontaktowy: ...........................................

**Do wniosku należy dołączyć :**

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz.426 z późn. zm.), a w przypadku osoby o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998r.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (Załącznik nr 2).