

**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.

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

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

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Wypełnia PCPR**

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2016r. poz.922).

Oświadczam , iż przyjmuję do wiadomości , że:

- a) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Małomłyńska 1 86-300 Grudziądz;
- b) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia w zakresie dofinansowania w związku z realizacją zadań powiatu określonych w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON ( t. j. Dz. U. z 2015r. poz. 926);
- c) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
- d) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w w/w zakresie.

**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**

.....  
(miejsowość, 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 2016r. poz.2046 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).