

**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..... tel.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

Posiadane orzeczenie \*\* - należy dołączyć do wniosku

- |  |          |              |        |
|--|----------|--------------|--------|
| 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,<br>o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji |          |              |        |
| d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia   |          |              |        |

KORZYSTAŁEM Z DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PFRON\*\* Tak(podać rok).....Nie

JESTEM ZATRUDNIONY W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ\*\* Tak 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 ..... **złoty**ch

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)

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

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

---

Wypełnia PCPR

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

PCPR. .... . Nr rej. ....