

.....
data wpływu wniosku

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

Nr SPRAWY: PCPR.501.....2022

**Wniosek o przyznanie dofinansowania
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

1. Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko
PESEL.....
Adres zamieszkania
(miejsce pobytu*).....
Telefon.....
Data urodzenia

2. Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

3. POSIADANE ORZECZENIE (zaznaczyć X odpowiednią rubrykę):

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1 stycznia 1998 r.)	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki – (inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1 stycznia 1998 r.)	
osoba w wieku do lat 16 posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	

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

5. JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ Tak Nie

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

7. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

Imię i nazwisko:
Dowód osobisty: seria Nr wydany w dniu
przez
Adres zamieszkania (stały/czasowy)
PESEL

Ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dniasygn.akt / na mocy
pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza*
z dnia..... repetytorium nr)

*niepotrzebne skreślić

8. OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny **miesięczny** dochód rodziny, 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 w gospodarstwie domowym wynosi

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej (sporządzonej nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu) „ Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Zobowiązuję się do dostarczenia do PCPR we Wschowie w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu „Informacji o turnusie” sporządzonej na odrębnym załączniku.

Oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Podaję dane osobowe, zgodnie z art. 4 pkt 11 w/w rozporządzenia, tj. dobrowolnie, konkretnie, świadomie i jednoznacznie okazuję wolę oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodna z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

UWAGA!!!

Do wniosku należy dołączyć kserokopię (oryginał do wglądu) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoznacznego (orzeczenie o przyznanej grupie inwalidzkiej, orzeczenia o niezdolności do pracy) lub w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
