

## Wniosek nr MOPR.AN.711. .... .20....

### o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

#### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy

Nazwisko ..... imię .....,  
imię ojca ..... nr PESEL .....,  
dowód osobisty: seria i numer ....., wydany w dniu .....,  
przez ....., ważny do dnia .....,  
adres zamieszkania:\*\* miejscowość ....., kod pocztowy .....,  
ulica ....., nr domu i lokalu .....,  
nr tel. (z nr kier.) ....., adres e-mail: .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

#### II. Posiadane orzeczenie\* na stałe lub do dnia .....

- |  |                |                    |              |
|--|----------------|--------------------|--------------|
| 1. stopień niepełnosprawności:   | <b>znaczny</b> | <b>umiarkowany</b> | <b>lekki</b> |
| 2. grupa inwalidzka:   | <b>I</b>       | <b>II</b>          | <b>III</b>   |
| 3. całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji /<br>całkowita niezdolność do pracy / częściowa niezdolność do pracy |                |                    |              |
| 4. niepełnosprawność dziecka do 16 roku życia <b>do dnia</b> .....   |                |                    |              |

#### III. Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON TAK (podać rok) ..... NIE\*.

#### IV. Zatrudnienie\*

1. jestem zatrudniony w zakładzie pracy chronionej.
2. nie jestem zatrudniony w zakładzie pracy chronionej.

#### V. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Nazwisko..... imię.....,  
nr PESEL ....., seria i numer dowodu osobistego .....,  
adres: kod pocztowy ....., miasto ....., ulica .....,  
nr domu i lokalu ....., nr tel. (z nr kier.) .....,  
ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\* .....,  
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt\* .....  
/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dn. .... rep. nr .....).

Nie dotyczy

\* właściwe zaznaczyć

\*\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

## OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Nie będę pełnić funkcji członka kadry na turnusie, jak również nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
2. Moim opiekunem na turnusie będzie:....., który:  
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie rehabilitacyjnym wraz z opiekunem; podać imię, nazwisko oraz stopień pokrewieństwa);
  - a) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
  - b) jest osobą pełnoletnią,
  - c) ukończył/a 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*.
3. 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.
4. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....
5. O dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON ubiegam się wyłącznie w Powiecie Miasto Kielce.
6. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
7. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 30 dni.
8. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\*
9. **Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

Kielce, dnia .....

.....  
*podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\**

\* właściwe zaznaczyć

\*\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

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

## Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub ksero orzeczenia o grupie inwalidzkiej (oryginał do wglądu).
2. Wniosek lekarski wypełniony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku.
3. Klauzula informacyjna na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.