

**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)
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie ul. Filipowska 20, 16-400 Suwałki /tel. 875628984/

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania* 16-400 Suwałki, ul.

Adres do korespondencji /o ile dotyczy/

Data urodzenia: nr tel.

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE ***(kopię deklarowanego poniżej orzeczenia załączyć do wniosku, oryginał do wglądu)*

- 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 osoby do 16. roku życia

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

 Tak *(podać rok)*..... NieJestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej** Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna

*(wypełnić wyłącznie, 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

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

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

..... .2025 r.

(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia MOPR.....
(data wpływu wniosku).....
(pieczęć MOPR i podpis pracownika)

**** **Art.233 § 1 Kodeksu Karnego** „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Informacje uzupełniające do wniosku

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL L L L L L L L L L L L L lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia: L L L L L L L L nr tel.

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

z dn. repet. Nr

..... .2025 r.

data

.....
podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić