

**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\* .....

.....

Numer telefonu ..... Adres e-mail .....

Data urodzenia .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim  
Numer orzeczenia:

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).....  Nie

Jestem zatrudniony(a) 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**  
..... **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.\*\*\*

.....  
(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)

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY  
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby  
ubezważnionolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Numer telefonu: .....

Adres email: .....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: .....

.....

postanowieniem Sądu: .....

.....

z dn. .... sygn. Akt\*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....

.....

z dn. .... repet. nr .....

.....  
(data)

.....  
(podpis  
przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*)

**Informacje uzupełniające do wniosku**

**DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

---

\* niepotrzebne skreślić