

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej - rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu
PESEL albo nr dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*

Rodzaj turnusu
termin turnusu: od..... do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)
.....
.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)
.....
.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia pracownik PCPR

..... Data wpływu podpis osoby przyjmującej oświadczenie sprawdzono zgodność danych z krajowym informatorem o ośrodkach organizatorach uprawnionych do organizowania turnusów rehab.
Nr sprawy.....		Data podpis

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu