

621.....TRDz .2024

Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Urzędu Miasta w Chorzowie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko (osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o turnus rehabilitacyjny):	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Planowany termin uczestnictwa na turnusie:	
<u>Przedstawiciel ustawowy</u> (np. rodzic) Imię i Nazwisko:	
Adres zamieszkania	
PESEL przedstawiciela ustawowego:	
Nr telefonu	

Orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia nr

- Korzystałem/am z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków Urzędu Miasta
właściwie zaznaczyć:

☐ TAK (podać rok) lub ☐ NIE

- Dziecko jest uczniem/studentem* ☐ Tak ☐ Nie

*** nazwa szkoły/przedszkola/placówki**

.....

Imię i nazwisko opiekuna dziecka na turnusie:

.....
(wypełnić, jeśli lekarz zlecił pobyt na turnusie rehabilitacyjnym wraz z opiekunem)

.....
Data

.....
**Podpis
Wnioskodawcy/Opiekuna Dziecka**

Wypełnia Ośrodek Pomocy Społecznej:

.....
Data wpływu do OPS

.....
Podpis pracownika i pieczęć