

.....
nazwa podmiotu prowadzącego placówkę

Kraków, dn.

.....
Adres

Potwierdzam, że Pan/Pani (imię i nazwisko)

PESEL:.....

(w odpowiednie pola prostokątów należy postawić znak X)

1) jest uczestnikiem zajęć prowadzonych w placówce rehabilitacyjnej:

1a) (nazwa placówki) której działalność finansowana jest ze środków PFRON na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.) (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)\");

TAK

☐

NIE

☐

1b) (nazwa placówki) która realizuje program zatwierdzony przez Radę Nadzorczą PFRON i w ramach tych programów korzysta ze wsparcia udzielanego przez placówki rehabilitacyjne (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)\");

TAK

☐

NIE

☐

1c) (nazwa placówki) która realizuje program dla pełnoletnich (od 18. do 25. roku życia) uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych organizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)\");

TAK

☐

NIE

☐

1d) (nazwa placówki) która realizuje program dla pełnoletnich (od 18. do 24. roku życia) wychowanków specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, bądź uczniów szkół specjalnych przysposabiających do pracy funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (rozdział III ust. 6 dokumentu (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)\");

TAK

☐

NIE

☐

1e) (nazwa placówki) która realizuje program dla pełnoletnich (od 18. do 25 roku życia) wychowanków ośrodków rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczych oraz ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (rozdział III ust. 6 dokumentu (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)\");

TAK

☐

NIE

☐

ponadto

2) utracił w terminie od dnia 9 marca 2020 roku, możliwość korzystania ze wsparcia w placówce przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych w miesiącach, których dotyczy wniosek (rozdział III ust. 5 pkt.1, rozdział I ust. 5 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)\");

TAK

☐

NIE

☐

3) placówka rehabilitacyjna** świadczy pomoc w sposób ciągły, tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu przez co najmniej 10 miesięcy w roku (rozdział II ust. 10 programu).

TAK

☐

NIE

☐

.....
podpis/pieczątka osoby upoważnionej z placówki rehabilitacyjnej

***Na potrzeby programu na podstawie rozdziału I ust. 5 „Kierunki działań i warunki brzegowe (...) pod pojęciem **placówki rehabilitacyjnej** – należy rozumieć placówkę, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku).*