

## ZAŚWIADCZENIE

wydane na potrzeby Programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł III

### INFORMACJE O OSOBIE UCZĘSZCZAJĄCEJ DO PLACÓWKI REHABILITACYJNEJ

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

Zaświadczam, że w/w osoba jest (właściwe zaznaczyć):

- ▶ uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej
- ▶ uczestnikiem środowiskowego domu samopomocy funkcjonującego **na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej** (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn.zm.)
- ▶ podopiecznym dziennego domu pomocy społecznej **funkcjonującego na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej i mającego status dziennego domu pomocy społecznej** (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn.zm.)
- ▶ podopiecznym placówki rehabilitacyjnych, 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.)
- ▶ uczestnikiem programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i w ramach tych programów korzysta ze wsparcia udzielanego przez placówkę rehabilitacyjną
- ▶ pełnoletnim (od 18 do 25 roku życia) uczestnikiem zajęć rewalidacyjno – wychowawczych organizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno – wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim ( Dz. U. z 2013 r. poz. 529)
- ▶ pełnoletnim (od 18 do 24 roku życia) wychowankiem specjalnego ośrodka szkolno – wychowawczych lub specjalnego ośrodka wychowawczego, funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, z późn. zm.)

i na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utraciła, w okresie od dnia 9 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) z opieki świadczonej w następującej placówce rehabilitacyjnej:

## INFORMACJE O PLACÓWCE REHABILITACYJNEJ

Nazwa pola	Zawartość
Nazwa placówki:	
Adres placówki:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Placówka prowadzi zajęcia rehabilitacyjne	<input type="checkbox"/> w sposób ciągły, co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku <input type="checkbox"/> w inny sposób (jaki?) .....
Miesiąc, w którym nastąpiła utrata możliwości korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej*	1. ....2020 r. 2. ....2020 r. 3. ....2020 r.

\* **Wsparcie nie może obejmować miesięcy przyszłych.**

Pieczęć placówki	Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej