# ZAŚWIADCZENIE

# wydane przez placówkę rehabilitacyjną 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:** |  |
| **Poczta:** |  |

**Zaświadczam, że w/w osoba jest/była (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 2019r. poz. 1507 , z późn.zm)

podopiecznym dziennego domu pomocy społecznej samopomocy funkcjonującego na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej ( Dz. U z 2019r. poz. 1507 , z późn.zm)

podopiecznym placówki rehabilitacyjnych, której działalność finansowana jest ze środków PFRON na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. 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 2013r. 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 2016r. 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 16 listopada 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 /prowadziła \***  **zajęcia rehabilitacyjne** | |  w sposób ciągły, co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku   w inny sposób (jaki?)...........................................................................j............ |
| **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. ...................................................................2020r. 2. ………………………………………………….2020r. 3. ………………………………………………….2020r. 4. ………………………………………………….2020r. 5. ………………………………………………….2020r. |

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczątka placówki* | *Data, pieczątka i podpis kierownika placówki* |
|  |  |

\*niepotrzebne skreślić