…………………………….. ……………………………..

Imię i Nazwisko dziecka/osoby Miejscowość, data

niepełnosprawnej

………………………….

Adres zamieszkania

 **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

 **w Krakowie**

 **al. Słowackiego 20**

 **30-037 Kraków**

W związku z realizacją 3 - letniego programu pn. **„Wsparcie dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin w Powiecie Krakowskim”** zwracam się z prośbą o przyznanie wsparcia w formie turnusu odciążeniowego w formie całodobowej lub dziennej (zaznaczyć właściwe):

1. Preferowany termin uczestnictwa niepełnosprawnego dziecka/osoby niepełnosprawnej do 24 roku życia w turnusie odciążeniowym **w formie całodobowej** od dnia …….………….. do dnia ……………. .
2. Preferowany termin uczestnictwa niepełnosprawnego dziecka/osoby niepełnosprawnej do 24 roku życia w turnusie odciążeniowym **w formie dziennej** od dnia …….………….. do dnia ……………. .

…………………………………..

podpis rodzica/opiekuna/osoby niepełnosprawnej

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię orzeczenia (oryginał do wglądu):
2. o niepełnosprawności dziecka …………………………………. (imię i nazwisko) łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
3. o znacznym stopniu niepełnosprawności dot. osoby do 24 roku życia ……............

………………………………………. (imię i nazwisko).

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/osoby niepełnosprawnej dotyczące możliwości uczestnictwa w turnusie odciążeniowym.
2. Wypełnioną ankietę kwalifikacyjną uczestnika turnusu.