

.....
nazwa podmiotu prowadzącego placówkę

dn.

.....
adres

Potwierdzam, że Pan/Pani (imię i nazwisko).....

PESEL:

(w odpowiednie pola prostokątów należy postawić znak X)

1) jest uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej

(nazwa placówki).....

TAK

NIE

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

(nazwa placówki).....

TAK

NIE

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

(nazwa placówki).....

TAK

NIE

4) jest uczestnikiem zajęć prowadzonych w placówce rehabilitacyjnej:

4a) (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

4b) (nazwa placówki)

która realizuje program zatwierdzony przez Radę Nadzorcza PFRON (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe (...)\");

TAK

NIE

4c) (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

4d) (nazwa placówki)

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

TAK

NIE

5) jest pełnoletnim (od 18 do 25 roku życia) wychowankiem ośrodka rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczego lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego funkcjonującego na podstawie ustawy Prawo oświatowe (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)\");

(nazwa placówki)

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 wnioszek (*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).*