

.....
pieczęć

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę /organizację dla potrzeb realizacji programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami
zakaźnymi” - Moduł III.

Pan/Pani.....urodzony dnia.....

zamieszkały

.....
(adres zamieszkania)

Korzysta z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych i jest:

- uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej ☐ tak ☐ nie
- 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.); ☐ tak ☐ nie
- 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.); ☐ tak ☐ nie
- podopiecznym placówki rehabilitacyjnej, 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.); ☐ tak ☐ nie
- uczestnikiem programu zatwierdzonego przez Radę
Nadzorcą PFRON i w ramach tego programu korzysta
ze wsparcia udzielanego przez placówkę rehabilitacyjną; ☐ tak ☐ nie
- pełnoletnim (od 18 do 25 roku życia) uczestnikiem zajęć
rewalidacyjno-wychowawczych organizowanych zgodnie
z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 23 kwietnia 2013 r. 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); ☐ tak ☐ nie
- pełnoletnim (od 18 do 24 roku życia) wychowankiem specjalnego
ośrodka szkolno-wychowawczego / specjalnego ośrodka
wychowawczego, funkcjonującego na podstawie ustawy z dnia
14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U z 2019 r. poz. 1148, z późn. zm.). ☐ tak ☐ nie

podpis i pieczęćka

data, podpis: