…… Kraków, dn. ……..

nazwa podmiotu prowadzącego placówkę

……

Adres

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

PESEL:……

(w odpowiednie pola prostokątów należy postawić znak X)

1) jest uczestnikiem zajęć prowadzonych w placówce rehabilitacyjnej:

1a) (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** ☐

1b) (nazwa placówki) …….…… która realizuje program zatwierdzony przez Radę Nadzorcza PFRON *(rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(…)”);*

TAK ☐ **NIE** ☐

1c) (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** ☐

1d) (nazwa placówki) …….…… która realizuje program dla pełnoletnich (od 18. do 24. roku życia) wychowanków specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe *(rozdział III ust. 6 dokumentu* *(rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(…)”);*

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 wniosek *(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).*