

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
Nazwa placówki / podmiotu prowadzącego placówkę

.....
Adres placówki

Potwierdzam, że:

Pani/Pan:.....
(imię i nazwisko)

zamieszkała/y :.....
(adres zamieszkania)

był i/lub jest uczestnikiem/wychowankiem zajęć prowadzonych w placówce rehabilitacyjnej¹:
(w odpowiednie pola ☐ należy postawić znak X)

1	warsztat terapii zajęciowej; na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych; ☐ TAK ☐ NIE
2	środowiskowy dom samopomocy, funkcjonujący na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; ☐ TAK ☐ NIE
3	dzienny dom pomocy społecznej, funkcjonujących podstawie przepisów stawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ☐ TAK ☐ NIE
4	 (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

5	 (nazwa placówki) która realizuje program zatwierdzony przez Radę Nadzorczą PFRON (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”); ☐ TAK ☐ NIE
6	 (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
7	 (nazwa placówki) która realizuje program dla pełnoletnich (od 18 do 24 roku życia) wychowanków specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, bądź uczniami szkół specjalnych przysposabiających do pracy funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”); ☐ TAK ☐ NIE
8	 (nazwa placówki) która realizuje program dla pełnoletnich (od 18 do 25 roku życia) wychowanków ośrodków rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczych oraz ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”); ☐ TAK ☐ NIE

ponadto,

utracił 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 placówce rehabilitacyjnej (*rozdział III ust. 5 pkt.1, rozdział I ust. 5 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”*);

☐ TAK ☐ NIE

w miesiącach, których dotyczy wniosek o pomoc tj.:

☐ marzec 2020 r.; ☐ kwiecień 2020 r.; ☐ maj 2020 r.;

☐ październik 2020 r.; ☐ listopad 2020 r.

placówka rehabilitacyjna¹, 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 / pieczęć osoby upoważnionej z placówki rehabilitacyjnej)

¹ 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).