

.....
Imię i Nazwisko dziecka/osoby
niepełnosprawnej

.....
Miejscowość, data

.....
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):
 - a) 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;
 - b) o znacznym stopniu niepełnosprawności dot. osoby do 24 roku życia (imię i nazwisko).
2. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/osoby niepełnosprawnej dotyczące możliwości uczestnictwa w turnusie odciążeniowym.