

## Informacje uzupełniające do wniosku

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Województwo: .....

Powiat: .....

Gmina: .....

Miejscowość: .....

Ulica: .....

Nr domu: .....

Nr budynku: .....

Kod pocztowy: .....

Poczta: .....

Rodzaj miejscowości:  miasto  wieś

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

#### Wnioskodawca składa wniosek:

- we własnym imieniu
- jako rodzic
- jako opiekun prawny
- jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)
- na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
- na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie

#### Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:

- bezterminowo
- okresowo do dnia: .....

#### Rodzaj niepełnosprawności z wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny:

- Dysfunkcja narządu ruchu
  - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Choroba psychiczna
- Schorzenia układu krążenia
- Dysfunkcja narządu słuchu
- Upośledzenie umysłowe
- Padaczka
- Inne (jakie?).....

Jestem osobą w wieku 16-24 lat ucząca się i niepracującą:  tak  nie

.....  
(data) (podpis)