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

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Krakowie
al. Słowackiego 20
30-037 Kraków

WNIOSEK

W związku z realizacją 3 - letniego programu pn. **„Wsparcie dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin w Powiecie Krakowskim"** oraz realizacją w roku 2019 zadania publicznego Powiatu Krakowskiego w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych **ze spektrum autyzmu** i ich rodzin - opieka wytchnieniowa w powiecie krakowskim

zwracam się z prośbą o przyznanie wsparcia w formie turnusu odciążeniowego - w formie dziennej.

.....
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 do 24 roku życia dotyczące możliwości uczestnictwa w turnusie odciążeniowym.