

.....  
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.