



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI
Wydział ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-00-28-902
tel. 42 685 43 54; fax 42 632 41 30

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

.....

Rodzaj turnusu.....

termin turnusu: od.....do.....

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym.....

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym.....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.