**Wniosek o przyznanie dofinansowania w ramach**

**Programu dofinansowania rehabilitacji leczniczej SPON Bez Barier – „Bądź sprawny!”**

Zakliczyn, dnia …………………………………………….

………………………………………….…………………………………………..…………………… ……………….….

Imię i nazwisko Wiek

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………Adres

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………Numer telefonu

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………PESEL

Zwracam się do Stowarzyszenia Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barier” z prośbą o dofinansowanie **rehabilitacji leczniczej**.

**Oświadczam, że:**

* Jestem mieszkańcem gminy Zakliczyn
* Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności

– stopień niepełnosprawności ……………………………………………………

* Posiadam aktualne skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne
* Zapoznałem się z Regulaminem Programu dofinansowania rehabilitacji leczniczej SPON Bez Barier – „Bądź sprawny!” i akceptuję jego treść.

………………………………………………………..

Podpis wnioskodawcy

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności
2. Kopia skierowania na rehabilitację – zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego chorobę oraz konieczność rehabilitacji

**OCENA WNIOSKU (wypełnia Komisja)**

* Komisja na posiedzeniu w dniu ……………………………… rozpatrzyła wniosek **pozytywnie** i przyznała wsparcie w kwocie ………………… PLN.
* Komisja na posiedzeniu w dniu ……………………………… rozpatrzyła wniosek **negatywnie**.

………………………………………………………………………………………………………………………

Podpisy członków Komisji