

....., dnia.....r.

**Wniosek o pomoc w zakresie rehabilitacji na sali rehabilitacyjnej prowadzonej przez
Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży Niepełnosprawnej ‘Światło Nadziei’**

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwisko i imię:

Miejsce zamieszkania: kod pocztowy ___ - ___ miejscowość

ulica nr domu..... nr mieszkania.....

telefon:

DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ REHABILITACJI

Nazwisko i imię:

Data urodzenia: ___ - ___ - ___ Nr PESEL* _____

Informacja na temat niepełnosprawności i wskazania do rehabilitacji

.....
.....
.....

Oczekiwana liczba godzin rehabilitacji

.....

Podpis

Załączniki:

- orzeczenie o niepełnosprawności

Adnotacje:

Decyzją Zarządu Stowarzyszenia ‘Światło Nadziei’ z dnia

1. Zakwalifikowano dziecko do rehabilitacji w wymiarze
2. Nie zakwalifikowano dziecka do rehabilitacji z powodu
.....

.....
imię i nazwisko
.....
.....

/adres zamieszkania/

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody
na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych, a także wprowadzenie ich do systemów informatycznych zgodnie ustawą z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych (Dz. U poz. 1000 z późn. zm.) przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży Niepełnosprawnej „Światło Nadziei” w celu rozpatrzenia wniosku o pomoc w zakresie rehabilitacji.

.....
(czytelny podpis)