

.....
miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko osoby składającej

.....
adres zamieszkania i korespondencyjny

.....
tel kontaktowy

**Gminny Ośrodek Pomocy
Społecznej w Masłowie
Masłów Pierwszy, ul. Jana Pawła II 5
26-001 Masłów**

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Zwracam się z prośbą o skierowanie* i dowóz* na rehabilitację w ramach Umowy Nr Fn.7.2015 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla Powiatu Kieleckiego na realizację Programu *pn. „Powiat Kielecki przyjazny dla mieszkańców w ograniczaniu skutków niepełnosprawności”*. Jednocześnie oświadczam, że posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Nr..... z dnia.....

wydane przez.....
/np.Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Kielcach, ZUS Kielce, KRUS Kielce/

stopień niepełnosprawności*/niezdolność do pracy*.....

na czas: określony* do dnia...../nieokreślony*

W latach 2010-2014 korzystałam/em/* /nie korzystałam/em/* z rehabilitacji w ramach programu „Równi lecz różni”.

.....
Podpis wnioskodawcy

**niepotrzebne skreślić*

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1) kopia orzeczenia o niepełnosprawności