

Zaświadczenie lekarskie

dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ropczycach w związku z ubieganiem się o dofinansowanie zakupu urządzeń ze środków PFRON w ramach zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe)

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub osoba leżąca

dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim

wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk

inna dysfunkcja narządu ruchu

dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

autyzm inne schorzenia (jakie?).....

2. Szczegółowy opis schorzenia

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

3. Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego potrzebnego osobie niepełnosprawnej

.....
.....

4. Uzasadnienie celowości zakupu i **rehabilitacji przy pomocy w/w sprzętu w warunkach domowych**
w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej

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

.....
(miejsce, data podpis i pieczęć lekarza specjalisty)