

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Zduńskiej Woli – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osób posiadających orzeczenie
o niepełnosprawności***

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający zakup sprzętu rehabilitacyjnego

.....

.....

.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny wskazany do rehabilitacji w warunkach domowych (nazwa
sprzętu-wymienić jaki):

.....

.....

.....

Uzasadnienie konieczności posiadania wskazanego powyżej sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie
z rodzajem niepełnosprawności:

.....

.....

.....

- przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

