



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej w celu dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

należy wypełnić CZYTELNIEM w j. polskim

1. Dane osoby, której dotyczy wnioski o przyznanie dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Imię i nazwisko _____

Data i miejsce urodzenia _____

Miejsce zamieszkania _____

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcji narządu ruchu*, dysfunkcji narządu wzroku*, dysfunkcji narządu słuchu*,

innej dysfunkcji* _____

3. Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności – rodzaj schorzenia lub dysfunkcji, z powodu których należy zastosować wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny:

4. Rodzaj sprzętu do którego Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

(nazwa sprzętu)

5. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, służącego do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagających proces rehabilitacji w warunkach domowych:

Na podstawie posiadanej wiedzy medycznej stwierdzam, że prowadzenie rehabilitacji przy użyciu tego sprzętu umożliwi osobie niepełnosprawnej uczestnictwo w życiu społecznym.

Tak *

Nie *

Uwaga: dofinansowanie ze środków PFRON nie dotyczy rehabilitacji leczniczej.

6. Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu wymienionego w punkcie 4:

Tak *

Nie *

.....
miejscowość i data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe zakreślić znakiem X