Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wieluniu – 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 lekarskie……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający zakup sprzętu rehabilitacyjnego

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Rodzaj zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Czy zachodzi potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego powyżej?

[ \_ ] tak [ \_ ] nie

Krótkie uzasadnienie zalecenia korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, przewidywane efekty rehabilitacji:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

……………………….. …………………………………..

*Data pieczątka i podpis lekarza specjalisty*