

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu w celu dofinansowania
ze środków PFRON zaopatrzenia w **SPRZĘT REHABILITACYJNY**

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

dysfunkcji narządu ruchu, dysfunkcji narządu mowy,

innych dysfunkcji, dla których zastosowanie może mieć rehabilitacja w warunkach domowych:

.....

2. Informacje o rodzaju niepełnosprawności, z powodu której należy zastosować wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny:

.....

.....

.....

3. Rodzaj sprzętu, do którego Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

.....

(nazwa sprzętu)

4. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego potrzebnego w procesie rehabilitacji w warunkach domowych:

.....

.....

.....

.....

.....

5. Czy schorzenie/schorzenia, dysfunkcja/dysfunkcje ma/mają charakter (proszę uzupełnić):

stały/czasowy

.....
miejsowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

UWAGI:

Dofinansowanie ze środków PFRON nie dotyczy rehabilitacji leczniczej.

Niniejsze zaświadczenie nie jest dokumentem decydującym o sposobie rozpatrzenia wniosku.

¹ załącznik do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, na rok 2023