|  |
| --- |
| MOPR – SR /Zaśw. lek. |

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Białymstoku dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny***

(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………..................................

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie choroby zasadniczej ……………………………………………………………..................................

………………………………………………………………………………………………….................................

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

Choroby współistniejące ……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...………………..…

...………………………………………………………………………………..........................................................

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny

……………………………………………………………….....................................................................................

………………………………………………………………………………………………….................................

………………………………………………………………………………………………….................................

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….................................

……………………………………………………………………………………………….....................................

………………………………………………………………………………………………….................................

…………………………………………………………………………………………….........................................

(nazwa sprzętu-wymienić jaki)

Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w ww. sprzęt rehabilitacyjny ze względu na potrzeby wynikających z  
niepełnosprawności……………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………….................................

………………………………………………………………………………………………….................................

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………… ………………………………………………

(Data) (Pieczątka imienna i podpis lekarza specjalisty)