

.....
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/gabinetu/

ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE PRZEZ 3 MIESIĄCE OD DATY WYSTAWIENIA

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA / SPECJALISTY

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do **sprzętu rehabilitacyjnego** *

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj / zakres niepełnosprawności uzasadniający potrzebę zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

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

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu
rehabilitacyjnego wymienionego poniżej?

TAK NIE

Zalecany sprzęt do rehabilitacji w warunkach domowych związany z indywidualnymi potrzebami
wynikającymi z niepełnosprawności

.....
.....

Uzasadnienie potrzeby rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu
rehabilitacyjnego, przewidywane efekty rehabilitacji:

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

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis wystawiającego)

* **Sprzęt rehabilitacyjny**, to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.