

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bielsku Podlaskim –
dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**

Imię i nazwisko..... **PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

Choroby współistniejące

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający zakup sprzętu rehabilitacyjnego

**Zalecany sprzęt rehabilitacyjny wskazany do rehabilitacji w warunkach domowych (nazwa sprzętu –
wymienić jaki):**.....

**Uzasadnienie konieczności posiadania wskazanego powyżej sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z
rodzajem niepełnosprawności:**

Przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności wskutek korzystania z powyższego sprzętu

.....

.....

data

pieczęćka i podpis lekarza specjalisty