

II. Przedmiot dofinansowania – wnioskuje o dofinansowanie do zakupu: (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy):

L.p.	Nazwa sprzętu	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	po weryfikacji wypełnia MOPS
Razem:					

III. Schorzenia wymagające stałej rehabilitacji z użyciem sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego w pkt. II - udokumentowane zaświadczeniem lekarskim:

1. dysfunkcji narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. innej dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcji narządów wzroku	
4. dysfunkcji narządów słuchu i mowy	
5. deficytu rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Stopień niepełnosprawności

V. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON; WOZiRON, MOPS

Oświadczam, że nie mam / mam** zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku otrzymałem(łam), odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu **TAK / NIE****

VI. Nazwa Banku oraz nr rachunku bankowego Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w
Bydgoszczy
dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON
/Proszę wypełnić w języku polskim/

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia

.....

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia
niepełnosprawności

.....

.....

.....

3. Zalecane dotyczące rodzaju sprzętu rehabilitacyjnego stosownego do
potrzeb wynikających z niepełnosprawności i potrzebie prowadzenia
rehabilitacji w warunkach domowych przy pomocy w/w sprzętu

.....

.....

.....

.....

4. Uzasadnienie do konieczności stosowania w/w sprzętu rehabilitacyjnego
w warunkach domowych

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(data i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)