

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie ze
środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do
likwidacji barier w komunikowaniu się.

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania: ul. Siemianowice Śl.

Przedmiot dofinansowania:

Druk prosimy wypełnić czytelnie, wyłącznie w języku polskim.

1. Opis ograniczeń funkcji organizmu:

wzrok:.....
.....
.....
.....
.....

słuch:.....
.....
.....
.....
.....

mowa:.....
.....
.....
.....
.....

ruch:.....
.....
.....
.....
.....

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

.....

.....

(data)

*(podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)*

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data)

(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
2. Oferta cenowa lub faktura proforma
3. Zaświadczenie lekarskie
4. Uzasadnienie wniosku
5. Informacja o przedstawicielu ustawowym (jeśli dotyczy)