

.....
(pieczęć placówki)

Z a ś w i a d c z e n i e

dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach w celu dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON

Imię i nazwisko.....

data urodzenia....., PESEL.....,

miejsce zamieszkania.....

Ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

.....

ww. osoba niepełnosprawna ma trudności wynikające z ww. niepełnosprawności, polegające na:

.....

.....

.....

Posiadanie w/w sprzętu wpłynie pozytywnie na rehabilitację w warunkach domowych w następujący sposób:

.....

.....

.....

.....

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis
lekarza specjalisty