

Data wpływu wniosku do PCPR

Numer sprawy: PCPR-CZP.4414.....2020

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [Dz.U. 2015.926 t.j. z późn. zm.]

## WNIOSEK o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

**Dane osoby niepełnosprawnej:** (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imiona i nazwisko: .....

Adres zamieszkania\*:.....  
(kod, miejscowość, ulica, nr domu)

nr PESEL 

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

nr tel/faxu ..... e-mail.....

### Posiadane orzeczenie\*\*

Stopień niepełnosprawności:

znaczny <input type="checkbox"/>	I grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/>
umiarkowany <input type="checkbox"/>	II grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki <input type="checkbox"/>	III grupa <input type="checkbox"/>	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności (do 16. roku życia) <input type="checkbox"/>		
termin ważności orzeczenia <input type="checkbox"/> trwale		<input type="checkbox"/> czasowe do .....

### Przedmiot dofinansowania\*\* (zakreślić wg wskazań lekarza)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rowerek rehabilitacyjny stacjonarny | <input type="checkbox"/> foteliki i krzesła rehabilitacyjne                 |
| <input type="checkbox"/> rower trójkołowy                    | <input type="checkbox"/> flex bar do ćwiczeń rąk                            |
| <input type="checkbox"/> materac rehabilitacyjny             | <input type="checkbox"/> urządzenia do światłolecznictwa (np. lampa sollux) |
| <input type="checkbox"/> wioślarz                            | <input type="checkbox"/> rotor do ćwiczeń kończyn dolnych i górnych         |
| <input type="checkbox"/> bieżnia                             | <input type="checkbox"/> inne .....   |

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć





.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych  
na wskazanym sprzęcie

(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JEZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko: .....

Nr PESEL:

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

Adres zamieszkania: .....

**1. Posiadane dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:**

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

**2. W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w warunkach domowych w zakresie:**

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

**3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)