



(pieczęć placówki)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

Wydane dla potrzeb Ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach w związku z ubieganiem się o dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego  
*(ważne w ciągu 3 miesięcy od daty wystawienia)*

Imię i nazwisko .....PESEL .....

#### **1. Ze względu na rodzaj niepełnosprawności**

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

**która była/jest rehabilitowana :**

- NIE
- TAK .....

.....  
.....

(wpisać rok i rodzaj)

**Zalecane jest korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego typu:**

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

#### **2. Uzasadnienie potrzeb prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu stosownie do potrzeb wynikających z orzeczonej niepełnosprawności:**

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

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis prowadzącego lekarza  
specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem  
niepełnosprawności Wnioskodawcy/Rehabilitanta

**UWAGA !**  
**NINIEJSZE ZAŚWIADCZENIE POWINNO BYĆ WYPEŁNIONE CZYTELNIEM I W JĘZYKU**  
**POLSKIM!**

\* właściwe zaznaczyć znakiem x