

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
nr wniosku, data złożenia wniosku

## W N I O S E K

### o użyczenie urządzeń pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego

#### A. Dane dotyczące wnioskodawcy:

|  |                   |
|--|-------------------|
| Nazwisko i imię:<br>.....  | PESEL: .....      |
| Adres:<br><b>Przemyśl, ul.</b> .....                                       | Telefon:<br>..... |
| Dowód osobisty:<br>Seria ..... Nr ..... wydany w dniu .....                |                   |
| Organ wydający .....   |                   |
| Nazwisko i imię osoby (opiekuna) pobierającej przedmioty(sprzęt):<br>..... | PESEL: .....      |
| Adres:<br><b>Przemyśl, ul.</b> .....                                       | Telefon:<br>..... |
| Dowód osobisty:<br>Seria ..... Nr ..... wydany w dniu .....                |                   |
| Organ wydający .....   |                   |

#### B. Nazwa urządzenia pomocniczego lub sprzętu rehabilitacyjnego:

.....  
.....

C. Okres użyczenia od ..... do .....

**Przemyśl, dnia**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

\* właściwe zaznaczyć

#### Do wniosku należy dołączyć:

1. kopia orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (grupy inwalidzkiej),
2. zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę posiadania wnioskowanego urządzenia lub sprzętu.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)             |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | .....  |
|   | .....  |

### Konieczność udostępnienia (posiadania) urządzenia pomocniczego, sprzętu rehabilitacyjnego do korzystania w warunkach domowych.

- NIE
- TAK – uzasadnienie (jakie urządzenie lub sprzęt rehabilitacyjny)

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

### Uwagi:

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

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty