

.....  
(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