

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla potrzeb ubiegania się przez osoby niepełnosprawne
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Pan /Pani..... urodzony/a dnia.....

Zamieszkały/a

Rodzaj schorzenia (posiada dysfunkcje narządu ruchu – określić jakie)

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

Stwierdza się, że w/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie :

.....
.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

**Stwierdza się, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu powyższego sprzętu rehabilitacyjnego.**

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

INFORMACJA

o przeciętnym miesięcznym dochodzie w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, ***obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.***

Nazwisko i imię:
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania:
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnich miesięcznych dochodach za kwartał 20... roku:

1. wynagrodzenie — średni miesięczny dochód za kwartał 20... roku.....zł
2. emerytura-renta — średni miesięczny dochód za kwartał 20.....roku. zł
3. dochód rolny (liczba ha przeliczeniowych x 452,42 zł)
4. inne (alimenty, zasiłek stały, itp.).....

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny miesięczny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni miesięczny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 20.....roku

wynosi: zł

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)