

Data wpływu.....

Nr wniosku PFRON/...../..... /..... / 2022

**WNIOSEK
O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI
BARIER TECHNICZNYCH**

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. **PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA:** (np. podnośnik wannowy, sufitowy, łóżko rehabilitacyjne, zakup i montaż windy, platformy schodowej, schodołaz)

.....
.....

2. **DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK**

Imię i nazwisko

Data urodzenia: ____ - ____ - ____ PESEL: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

ADRES ZAMELDOWANIA

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania Ulica/nr domu/mieszkania

Kod-..... Poczta:..... Kod-..... Poczta:

Miejscowość:..... Miejscowość:

ADRES DO KORESPONDENCJI: (wypełnić, jeżeli jest inny niż zamieszkania)

Kod-..... Poczta: Miejscowość:

Ulica: nr domu/mieszkania:

3. **DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO***

(WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA*:*

Imię i nazwisko: PESEL: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

ADRES ZAMIESZKANIA (TYLKO GDY JEST INNY NIŻ WNIOSKODAWCY)

Kod-..... Poczta: Miejscowość:

Ulica: nr domu/mieszkania:

1) Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
sygnatura akt

2) Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa z dnia

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu
(osoby do kontaktu)

.....
(data i czytelny podpis)

4. POSIADANE ORZECZENIE**

a) Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności:

stopień znaczny, stopień umiarkowany, stopień lekki, niepełnosprawność osoby do 16 r.ż.

b) ZUS:

całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji (I gr.) całkowicie niezdolny do pracy (II gr.)
 częściowo niezdolny do pracy (III gr.)

c) KRUS: (wydane przed 01.01.1998r.):

Stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gosp. rolnym, połączona z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego,
 Stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gosp. rolnym, bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego.

d) Inne: (jakie?)

(proszę podać datę ważności posiadanego orzeczenia oraz numer wydanego orzeczenia)

.....

5. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić znak X we właściwej rubryce)**

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- inna dysfunkcja narządu ruchu, tj.
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe)
- inna niepełnosprawność, tj.

6. SYTUACJA ZAWODOWA:** (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą
- młodzież w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy
- rencista/ emeryt, nie zainteresowany podjęciem pracy
- dzieci i młodzież do lat 18
- inna sytuacja

7. Rozpoznanie potrzeb wnioskodawcy wynikających z niepełnosprawności:**

(zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- Czy wnioskodawca porusza się samodzielnie **Tak** / **Nie**
- Czy wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim **Tak** / **Nie**
- Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy kul lub innych przedmiotów **Tak** / **Nie**
- Czy wnioskodawca korzysta z pomocy opiekunki ośrodka pomocy społecznej **Tak** / **Nie**

8. Osoby wspólnie zamieszkujące, posiadające orzeczenie o niepełnosprawności lub równorzędne:

| Stopień pokrewieństwa Np. mąż, żona, córka, syn. | Stopień niepełnosprawności | Rodzaj Niepełnosprawności |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

* w określonych przypadkach

** właściwe zaznaczyć

9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat wstecz

| Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON | | | | <input type="checkbox"/> Tak (należy wypełnić tabelę) <input type="checkbox"/> Nie | |
|---------------------------------------------|--------------------------|-----|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Źródło (PFRON / PCPR / PUP) | Nr i data zawarcia umowy | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Kwota |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

10. Przedmiot dofinansowania

Jakie bariery są planowane do zlikwidowania (rodzaj bariery)

.....

Uzasadnienie potrzeby likwidacji bariery technicznej i oczekiwany wpływ na sytuację osoby niepełnosprawnej i jej otoczenia (opisać w jaki sposób zlikwidowane bariery - wnioskowany sprzęt umożliwią lub ułatwią wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Przewidywany koszt realizacji zadania wykaz planowanych zakupów w celu likwidacji bariery technicznej przewidywany koszt w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy) – sporządzone na podstawie załącznika do wniosku.

(Wnioskodawca dokona rozpoznania we własnym zakresie cen zakupu sprzętów, urządzeń, wykonania usługi, montażu i dostawy, związanych z likwidacją barier funkcjonalnych dla własnych potrzeb wynikających ze stopnia niepełnosprawności – celem określenia ceny brutto realizacji zadania.)

| Lp. | nazwa urządzenia, rodzaj usługi | Kwota: (w zł) |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| RAZEM: (CENA BRUTTO) | | |

12. Łączna wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON zadania

16. Oświadczenia

- a) Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- b) Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych zgodnie z przepisami art. 6 ust. 1 lit. a w związku z art. 4 pkt 1 oraz art. 9 ust. 2 lit. a w związku z art. 9 ust. 1 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), opublikowanym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej Nr 119/1 z dnia 4 maja 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim przy ul. Prof. Mariana Raciborskiego 2A w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. **o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych** (Dz. U. z 2021 r. poz. 573).
- c) Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulami informacyjnymi sporządzonymi zgodnie z przepisem art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator danych osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim – udostępnił:
- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie;
- na stronie internetowej PCPR pod adresem internetowym: <https://www.pcpr.powiat-gdanski.pl/>.
- d) Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444) w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 Ustawy z dn. 14 czerwca 1960 r. - Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- e) Oświadczam, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, **że wniosek złożony w 2022 nie przechodzi na rok następny.**
- f) Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.
- g) Przyjmuję do wiadomości informację, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony w terminie 30 dni po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na 2022 rok przez Radę Powiatu Gdańskiego.
- h) Oświadczam, iż zapoznałem się z **procedurą dotyczącą przyznawania dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych w 2022 r. umieszczona na stronie internetowej <https://www.pcpr.powiat-gdanski.pl> w zakładce rehabilitacja społeczna.**

17. Załączniki jakie dołączono do wniosku (zaznaczyć właściwe):

- Kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (**oryginał do wglądu**)
- Oryginał aktu urodzenia **do wglądu** – dotyczy dzieci: Nr aktu:
- zaświadczenie ze szkoły/uczelni – dotyczy uczących się dzieci i młodzieży do 24 roku życia;
- Kopię dokumentu potwierdzającego pełnienie funkcji opiekuna prawnego
- Zaświadczenie lekarskie od **lekarza specjalisty** zdiagnozowanej jednostki chorobowej (**załącznik nr 2**)
- Oświadczenie o dochodach (**załącznik nr 1**)
- Szczegółowy kosztorys ofertowy /oferta cenowa / faktura proforma
- w przypadku urządzeń instalowanych na stałe:**
- Kopię udokumentowanej podstawy prawnej zamieszkiwania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych umowa nabycia nieruchomości, umowa najmu lub inna umowa potwierdzająca prawo do lokalu - (**oryginał do wglądu**),
- Zgoda właściciela budynku na przeprowadzenie wnioskowanego zakresu robót
- Aktualny dokument potwierdzający stałe zameldowanie wnioskodawcy
- Inne

.....
(data)

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób
pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym***

dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim celem otrzymania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że pod adresem wskazanym we wniosku razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkują następujące osoby:

| | | Średni miesięczny dochód (netto) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|
| 1. | Wnioskodawca: (imię i nazwisko) | zł. |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <i>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą np. mąż, żona, córka.</i> | | X |
| 2. | | zł. |
| 3. | | zł. |
| 4. | | zł. |
| 5. | | zł. |
| RAZEM: | | zł. |

Oświadczam, że:

- Przeciętny miesięczny dochód rodziny pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku o **dofinansowanie przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł** zł
- Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

data

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego)

POUCZENIE

Dochód należy wyliczyć w oparciu o przepisy o świadczeniach rodzinnych - art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 111).

W art. 3 pkt 1 cytowanej ustawy zdefiniowany jest:

1) dochodzie – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1128), z pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
 - b) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
 - c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
- renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - świadczenie pieniężne, dodatek kompensacyjny oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
 - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
 - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
 - ryczałt energetyczny, emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939–1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
 - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobylem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939–1945, otrzymywane z zagranicy,
 - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
 - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą – w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320),
 - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
 - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Służby Więziennej, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
 - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
 - alimenty na rzecz dzieci,
 - stypendia doktoranckie przyznane na podstawie art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 poz. 478), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010r. o sporcie (Dz. U. z 2020. poz. 1133) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,
 - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
 - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu żywienia tych osób,
 - dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982r. –Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021. poz. 1762),
 - dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
 - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”,
 - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003–2006 –świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
 - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
 - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
 - renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
 - zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
 - świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
 - pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2021. poz. 1915) oraz świadczenia, o których mowa w art. 86 ust. 1 pkt 1–3 i 5 oraz art. 212 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, (Dz. U. z 2021 r. poz. 478)
 - kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8–10 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - świadczenie pieniężne określone w ustawie z dnia 20 marca 2015r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1255),
 - świadczenie rodzicielskie, –zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - stypendia dla bezrobotnych finansowane ze środków Unii Europejskiej,
 - przychody wolne od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 148 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne

Nie wliczamy: świadczeń rodzinnych wypłaconych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych – zasiłków i dodatków rodzinnych oraz zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, oraz zasiłków porodowych wypłacanych na podst. odrębnych przepisów, dodatków mieszkaniowych i ryczałtów na zakup opału, przyznanych na podst. odrębnych przepisów o dodatkach mieszkaniowych.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji **barier technicznych**)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

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

2. Uszkodzenia narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

3. Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim* lub leżąca*
- dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim
- wrodzony brak lub amputacja kończyn
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- inne schorzenia (jakie?)

.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne* (np. wózek inwalidzki, kula, proteza, balkonik, proteza kończyn, gorset ortopedyczny, inne):

.....

5. Inne niezbędne urządzenia przyczyniające się do likwidacji bariery funkcjonalnej, technicznej:

.....

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)

*zakreślić właściwe