Projekt „Rodzina najważniejsza – rozwój usług społecznych w Powiecie Sztumskim” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.

*Załącznik nr 2 do Regulaminu Powiatowej wypożyczalni sprzętu medyczno- rehabilitacyjnego*

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

nr wniosku data wpływu wniosku

**WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE**

**SPRZĘTU MEDYCZNEGO/REHABILITACYJNEGO**

**Dane Wnioskodawcy**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………..

Data urodzenia……………………………………….PESEL……………………………………….

Dowód osobisty seria………………numer………………….wydany w dniu……………………...

przez…………………………………………………………ważny do dnia………………………..

Numer telefonu………………………………………………

#### Posiadane Orzeczenie *(proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)*

|  |  |
| --- | --- |
| znaczny/I grupa/niezdolność do samodzielnej egzystencji |  |
| * 1. umiarkowany/II grupa/całkowita niezdolność do pracy |  |
| * 1. lekki/III grupa /częściowa niezdolność do pracy |  |
| * 1. osoby niepełnosprawne do 16 roku życia |  |

**Przedstawiciel ustawowy** *(dla małoletniego Wnioskodawcy),* **opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko………………………………………………syn/córka…………………………….

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………..

Data urodzenia………………………………………….PESEL…………………………………….

Dowód Osobisty seria……………..numer………………….wydany w dniu………………………

przez………………………………………………………….ważny do dnia……………………….

Numer telefonu……………………………………………….

Ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem…………………………………………………………

* postanowieniem Sądu Rejonowego………………………………………………………….

z dnia ……………………………sygn.. akt………………………………………………...

* ma mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza……………………………….

z dnia………………………………repet. nr………………………………………………..

**Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego lub urządzenia pomocniczego, który ma być wypożyczony**………………………………………………………………………………...............

**Planowany okres wypożyczenia** od…………………………do…………………………………...

***Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.***

…………………………………… ………………………………………

(miejscowość, data) czytelny podpis Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej

**Wymagane załączniki** *(oryginały do wglądu na żądanie pracownika):*

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub innego orzeczenia równoważnego,
2. dowód osobisty osoby niepełnosprawnej do wglądu,
3. zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty stwierdzającego, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu konkretnego sprzętu rehabilitacyjnego lub urządzenia pomocniczego – sporządzone wg. wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku,
4. w przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – dowód osobisty przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego do wglądu oraz kopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie sądowe o ustanowieniu opieki prawnej),
5. w przypadku reprezentowania osoby dorosłej – dowód osobisty opiekuna lub pełnomocnika do wglądu oraz kserokopia postanowienia sądowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego.