



POLSKIE TOWARZYSTWO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO
Zarząd Główny

90-007 Łódź • Plac Komuny Paryskiej 5a lok. 412 • tel. 42 633 25 70 • tel. kom. 507 191 830 • zgptn@wp.pl
KRS 0000288575 • REGON 100409921 • NIP 7251954634 • PKOBP 55 1020 3352 0000 1002 0121 7124

.....
(imię, nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(miejscowość, kod pocztowy)

.....
(adres tel.)

Polskie Towarzystwo Osób Niepełnosprawnych

90-007 Łódź
Plac Komuny Paryskiej 5a, lok. 412

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY

Ja, niżej podpisana/y zwracam się z prośbą o pomoc dotyczącą sprzętu rehabilitacyjnego dla mnie/mojego dziecka zgodnie z załączoną ankietą.

.....
(podpis)

Nr sprawy.....

Konsultanci prowadzący sprawę:.....
Kontakt:.....

ANKIETA POMOCNICZA DOTYCZĄCA DZIECKA

I INFORMACJE OGÓLNE O DZIECKU

Imię i nazwisko data urodzenia.....

adres zamieszkania: (województwo) (miejscowość)
(ulica)..... (nr domu) (nr lokalu)

Czy dziecko jest ubezpieczone (tak/nie)

Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności (tak/nie)

Czy dziecko otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny (tak/nie)

Diagnoza (w jęz. polskim)

Czy choroba jest postępująca (tak/nie).....

Jaki sprzęt rehabilitacyjny dziecko posiada do dyspozycji (proszę podać rok przyznania
refundacji).....
.....
.....

Jaki sprzęt rehabilitacyjny jest dziecku potrzebny

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