



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 OSOBY DOROSLEJ

I INFORMACJE OGÓLNE

Imię nazwisko adres zamieszkania:
(województwo) (miasto)
(ulica) (nr domu) (nr lokalu)
Dowód osob. seria nr wydany w dn. przez
tel. kontaktowy

Czy jest pan/pani ubezpieczony/a (tak/nie)

Czy posiada pan/pani aktualne orzeczenie o niepełnosprawności – jeśli tak, poroszę podać stopień niepełnosprawności, oraz na jaki czas jest wydane orzeczenie.....

Czy otrzymuje pan/pani zasiłek pielęgnacyjny (tak/nie)

Diagnoza (w jęz. polskim)

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

Jaki sprzęt rehabilitacyjny posiada pan/pani do dyspozycji (proszę podać rok przyznania refundacji).....
.....
.....

Jaki sprzęt rehabilitacyjny jest panu/pani potrzebny
.....
.....
.....
.....