



BEZ BARIER

STOWARZYSZENIE POMOCY
OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM

NR WNIOSKU:

Wniosek o przyznanie dofinansowania w ramach

Programu dofinansowania rehabilitacji leczniczej SPON Bez Barrier – „Bądź sprawny!”

Zakliczyn, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Wiek

.....
Adres

.....
Numer telefonu

.....
PESEL

Zwracam się do Stowarzyszenia Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Bez Barrier” z prośbą o dofinansowanie **rehabilitacji leczniczej**.

Oświadczam, że:

- Jestem mieszkańcem gminy Zakliczyn
- Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności
– stopień niepełnosprawności
- Posiadam aktualne skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne
- Zapoznałem się z Regulaminem Programu dofinansowania rehabilitacji leczniczej SPON Bez Barrier – „Bądź sprawny!” i akceptuję jego treść.

.....
Podpis wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności
2. Kopia skierowania na rehabilitację – zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego chorobę oraz konieczność rehabilitacji



OCENA WNIOSKU (wypełnia Komisja)

- Komisja na posiedzeniu w dniu rozpatrzyła wniosek **pozytywnie** i przyznała wsparcie w kwocie PLN.

- Komisja na posiedzeniu w dniu rozpatrzyła wniosek **negatywnie**.

.....
Podpisy członków Komisji