Załącznik do wniosku w ramach o programu „Aktywny Samorząd” Moduł I Obszar E

# Miejscowość:

Data (d-m-r):

# **ZAŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO**

wydane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu „Aktywny samorząd” (Obszar E)

Imię Pacjenta:

Nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

## **POTWIERDZAM:**

1. Pacjent na dzień wystawienia zaświadczenia korzysta ze świadczenia zdrowotnego udzielanego przez (zaznacz właściwy kwadrat):

o zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

o zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie

o poradnię/ ośrodek/ zespół domowego leczenia tlenem

1. Świadczenie jest udzielane w terminie (wpisz daty, zaznacz właściwe):

od dnia (d-m-r):

do dnia (d-m-r):

o nieokreślonym (bezterminowo)

1. Pacjent korzysta w miejscu zamieszkania/ stałego pobytu z następującego urządzenia (zaznacz właściwe):

o koncentratora tlenu

o respiratora

Pieczęć świadczeniodawcy i podpis osoby upoważnionej

**albo,**

Pieczęć i podpis lekarza lub lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty lub pielęgniarki z zespołu realizującego świadczenie, **proszę dodatkowo wypełnić poniższe dane):**

## Nazwa świadczeniodawcy**:**

Ulica, nr budynku i lokalu:

Miejscowość: kod pocztowy: