

**Zestaw załączników określonych przez Realizatora -
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świeciu
moduł I obszar E**

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego- załącznik nr 1 do wniosku			
2.	Zaświadczenie o korzystaniu ze świadczenia zdrowotnego potwierdzające korzystanie z koncentratora tlenu lub respiratora w ramach świadczenia udzielanego przez ośrodek domowego leczenia tlenem lub ośrodek wentylacji domowej (<i>sporządzone wg wzoru określonego przez PFRON</i>)			
3.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny			
4.	Inne załączniki (należy wymienić):			