

.....
(pieczęć nagłówkowa)

....., dnia

(miejscowość)

(data)

Zaświadczenie

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani

ur. zam.
(dokładny adres)

wymaga leczenia z powodu
(rozpoznanie w języku polskim)

Jest to choroba długotrwała i wymaga stosowania:

- 1) specjalnej diety*
- 2) leków, których koszt stanowi znaczny wydatek*
- 3) dojazdów do placówki służby zdrowia*
- 4) zabiegów medyczno – rehabilitacyjnych*
- 5) środków higieniczno – opatrunkowych i artykułów sanitarnych*

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia we właściwym Ośrodku Pomocy Społecznej.

*niepotrzebne skreślić