

.....  
/miejsowość i data/

**Zarząd**

Fundacji Pomocy Chorym na Zanik Mięśni

**Wniosek**

**o wyrażenie zgody na zakup** sprzętu rehabilitacyjnego/przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych/sprzętów w zakresie likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu \*  
**sfinansowanie / dofinansowanie** likwidacji barier architektonicznych \*

**inne**..... (podać, jakie)  
ze środków zgromadzonych na koncie Fundacji Pomocy Chorym na Zanik Mięśni z siedzibą w Szczecinie, z tytułu darowizn oraz odpisu 1% od podatku dochodowego od osób fizycznych ze wskazaniem.

Ja niżej podpisany/a\* .....

zwracam się z prośbą o **wyrażenie zgody na zakup/sfinansowanie/dofinansowanie/.....\***  
ze środków zgromadzonych na koncie Fundacji Pomocy Chorym na Zanik Mięśni z siedzibą w Szczecinie, z tytułu darowizn oraz odpisu 1% od podatku dochodowego od osób fizycznych ze wskazaniem:  
*(poniżej proszę dokładnie opisać przedmiot zakupu, w tym podać dane ilościowe i przewidywaną cenę)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ww. zakup/sfinansowanie/dofinansowanie/.....\* jest zgodny z następującymi celami/celem\* statutowym Fundacji Pomocy Chorym na Zanik Mięśni:**

*(proszę zakreślić wybrany cel lub cele)*

- a/ wyszukiwanie i rejestrowanie chorych na schorzenia nerwowo-mięśniowe na terenie jej działania;
- b/ organizowanie, finansowanie i prowadzenie turnusów rehabilitacyjno-wypoczynkowych i rehabilitacyjno-szkoleniowych;
- c/ organizowanie, finansowanie i prowadzenie opieki rehabilitacji leczniczej;
- d/ pomoc w leczeniu, zaopatrzenie w leki oraz inny sprzęt rehabilitacyjno-leczniczy i pomocniczy, pozyskiwanie sprzętu rehabilitacyjno-leczniczego i pomocniczego;
- e/ organizowanie, finansowanie i prowadzenie poradnictwa psychologicznego dla podopiecznych i



## I. Informacje o aktualnym stanie zdrowia

- Schorzenie podstawowe.....
- Pozostałe schorzenia.....
1. Postępowanie ortopedyczne
- A. Stosowane aparaty ortopedyczne .....
- B. Aktualne zniekształcenia ciała: skrzywienie kręgosłupa/przykurcze rąk/przykurcze nóg/zniekształcenia stopy/zniekształcenia dłoni/inne .....
- .....\*
- C. Wykonane operacje ortopedyczne: usztywnienie kręgosłupa/korekcja nóg/ inne.....\*
2. Zaburzenia oddechowe TAK NIE\*
- Jakie urządzenia są stosowane do wspomagania oddychania? (wymień)
- .....
3. Odżywianie: samodzielne gryzienie i polykanie/PEG/ inne (wymień).....\*
4. Informacje dodatkowe.....
- .....
- .....

## II. Informacje o aktualnym stanie funkcjonalnym

1. Motoryka:
- Samodzielnie: chodzę/stoję/siedzę/wstaję/siadam\*
- Przy pomocy osoby drugiej: chodzę/stoję/siedzę/wstaję/siadam\*
- Przy pomocy sprzętu pomocniczego (jakiego?): chodzę/stoję/siedzę/wstaję/siadam\*
- .....
2. Czynności samoobsługowe wykonywane samodzielnie (wymień): .....
- .....
- .....
- .....
3. Czynności samoobsługowe wykonywane z pomocą osoby drugiej (wymień): .....
- .....
- .....
- .....
4. Czynności samoobsługowe nie wykonywane wcale (wymień): .....
- .....
- .....
- .....
5. Mowa:
- Czy występują trudności z mową? TAK NIE\*
- Mówię samodzielnie/mówię z trudem/wcale nie mówię

.....

(podpis korzystającego)

\* Niepotrzebne skreślić