

**BARIERY W KOMUNIKOWANIU SIĘ**  
(uzupełnia pracownik OPS Chorzów)

**Sprawa nr:626.....WNIOSEK.RS.LBK.2024 data złożenia.....**

- |                                                   |                       |
|---------------------------------------------------|-----------------------|
| 1. Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:            | TAK/NIE               |
| 2. Orzeczenie o niepełnosprawności:               | TAK/NIE               |
| 3. Zaświadczenie lekarza:                         | TAK/NIE               |
| 4. Wycena kosztorys przedmiotu dofinansowania:    | TAK/NIE               |
| 5. Uzasadnienie:                                  | TAK/NIE               |
| 6. Upoważnienie/Pełnomocnictwo/Postanowienie sądu | TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY |
| 7. RODO:                                          | TAK/NIE               |

.....

DATA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK

**DO UZUPEŁNIENIA W ZAKRESIE:**

1. ....

.....

data uzupełnienia

2. ....

.....

data uzupełnienia

3. ....

.....

data uzupełnienia