

**ЗАЯВКА\***

**на забезпечення технічним засобом реабілітації № \_\_\_\_\_**

(засобами для одягання та роздягання, допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, меблями, оснащенням, спеціальними засобами для орієнтування, спілкування та обміну інформацією)

Дата \_\_\_\_\_

до картки особи № \_\_\_\_\_

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_
2. Дата народження \_\_\_\_\_
3. Працюючий(ча) \_\_\_\_\_  
(так/ні)
4. Місце проживання (згідно з паспортними даними) \_\_\_\_\_
5. Місце проживання (фактичне) \_\_\_\_\_
6. Контактний телефон \_\_\_\_\_
7. Адреса електронної пошти (e-mail) \_\_\_\_\_
8. Паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ким, дата)
9. Свідоцтво: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ким, дата)
10. Пільгова категорія \_\_\_\_\_
11. Причина інвалідності \_\_\_\_\_ Група інвалідності \_\_\_\_\_
12. Вага користувача, кг \_\_\_\_\_  
Зріст користувача, см \_\_\_\_\_  
Ширина сидіння, см \_\_\_\_\_
13. Вид засобу реабілітації:

Найменування ТЗР	Модель	Шифр	Підприємство-виробник
<b>Засоби для одягання та роздягання</b>			
Засоби для одягання шкарпеток, колготок, панчіх			
Ріжки і пристосування для знімання та одягання взуття			
Гачки або захоплювачі для одягання та роздягання			
Пристосування для застібання блискавок			
<b>Допоміжні засоби для особистої гігієни</b>			
Крісла-стілці			
Сидіння та підставки для унітазів, щипці для туалетного паперу			
Сидіння для ванни, сидіння для душу			
Східці, підставки для ванни			
Табурети, сидіння (стілці)			
Умивальники на колесах та без коліс			
<b>Засоби для ходіння, керовані однією рукою</b>			
Палиці			

Палиці з трьома або більше ніжками			
Милиці ліктюві			
Милиці з опорою на передпліччя			
Милиці пахвові			
<b>Засоби для ходіння, керовані обома руками</b>			
Ходунки-рамки			
Ходунки на колесах			
Ходунки-стілці			
Ходунки-столи			
<b>Допоміжні засоби для переміщення або переносу</b>			
Мотузкові сходи			
Кошики (стілці) для переносу			
<b>Допоміжні засоби для підйому</b>			
Підйомники пересувні, забезпечені сидінням з ременями			
Стационарні підйомники, які кріпляться до стіни (стін), підлоги та (або) стелі			
<b>Меблі</b>			
Столи робочі			
Столи-парти, підставки			
Столи приліжкові			
Табурети та стільці для забезпечення вертикального положення			
Ліжка-підйомники			
Стінки шведські			
<b>Оснащення</b>			
Поручні			
Брусся, руків'я			
Підтримуючі пристрої комбіновані			

14. Відмітити необхідність пристрою проти ковзання (за умов необхідності переміщення поза приміщенням у холодну пору року)

- ТАК  
 НІ

15. Матеріал, з якого виготовлено засіб:

- Алюмінієвий сплав  
 Сталь  
 Деревина  
 Полімерні матеріали (композиційні, литвові тощо)  
 Комбіновані матеріали

Підпис відповідального працівника (управління соціального захисту населення, сервісного центру або підприємства)

М. П.

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Інвалід/законний представник/уповноважена особа (з призначенням згоден(на)):

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

\_\_\_\_\_ (підпис)

\* Обробка персональних даних здійснюється відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

**Директор Департаменту  
соціального захисту інвалідів**

*{Форма в редакції Наказу Міністерства соціальної політики № 765 від 14.10.2014}*