

16.11.2016 r. wniosku z dnia 30.09.2016 r. Pani

Imię i nazwisko **DOMINIKA**
Data i miejsce urodzenia
Numer PESEL
Rodzaj i numer dokumentu tożsamości **dowód osobisty nr**
Adres zamieszkania **Warszawa,**

postanawia

I. **ZALICZYĆ DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI - UMIARKOWANEGO**

II. Symbol przyczyny niepełnosprawności - **05-R 10-N**

III. Orzeczenie wydaje się do - **30.11.2017 r.**

IV. Niepełnosprawność istnieje od - **nie da się ustalić**

V. Ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od - **30.09.2016 r.**

WSKAZANIA DOTYCZĄCE

- 1) odpowiedniego zatrudnienia - **praca na stanowisku przystosowanym do niepełnosprawności**
- 2) szkolenia, w tym specjalistycznego - **nie wymaga**
- 3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej - **nie dotyczy**
- 4) uczestnictwa w terapii zajęciowej - **nie dotyczy**
- 5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz funkcjonowanie danej osoby - **wg zaleceń lekarza specjalisty**
- 6) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez organizacje pozarządowe oraz inne placówki - **nie wymaga**
- 7) konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze samodzielnej egzystencji - **nie wymaga**
- 8) konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie

Fundraiser
goal
28 000 zł

SZOK I TRAUMA ZNISZCZYŁY ŻYCIE DOMINICE - POMOCY!!!

Zwracam się z prośbą o pomoc dla Dominiki, która od lat pomaga innym, a teraz sama znalazła się w dramatycznej sytuacji i to ona potrzebuje pomocy! W styczniu dziewczyna zaczęła tracić możliwość chodzenia, nie była w stanie zrobić więcej niż kilkadziesiąt kroków, a wydostanie...

Scan the qr code with your phone camera or go to the following address

<https://zrzutka.pl/en/smmyvb>

