

**Załącznik do prośby o przyznanie pomocy finansowej na terapię  
od Fundacji im. Juliana Tuwima i Ireny Tuwim**

---

**PLAN TERAPII WRAZ Z KOSZTORYSEM**  
(wypełnia terapeuta)

**Imię, nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkania Osoby Niepełnosprawnej:**

---

---

<b>RODZAJ ZABIEGÓW TERAPEUTYCZNYCH MAJĄCYCH BYĆ STOSOWANYCH U OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b>	<b>CZAS TRWANIA JEDNEGO ZABIEGU</b>	<b>LICZBA PLANOWANYCH ZABIEGÓW</b>	<b>KOSZT JEDNEGO ZABIEGU</b>
<b>Czy Osoba Niepełnosprawna powinna pomiędzy zabiegami terapeuty, stosować zabiegi przy pomocy rodzica/opiekuna?</b>	<b>TAK*</b>	<b>NIE*</b>	
<b>Czy rodzic/opiekun otrzyma niezbędny instruktaż?</b>	<b>TAK*</b>	<b>NIE*</b>	
<b>Imię, nazwisko i PESEL rodzica/opiekuna, który zobowiązuje się wspierać procedury terapeutyczne</b>			

**Niżej podpisana/y oświadcza, iż rodzaj zabiegów terapeutycznych i ich liczba podane powyżej  
zgodne są z rekomendacjami lekarza specjalisty, prowadzącego leczenie Osoby  
Niepełnosprawnej.**

---

(data i czytelny podpis specjalisty terapeuty)

---

(pieczęć firmy realizującej usługi terapeutyczne)