**Potvrzení ÚP ČR – zdravotní pomůcky**

**oblast podpory č. 9 - Zdravotnictví**

program 9.3

**Podpora osob se zdravotním postižením**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Název projektu**  Dle žádosti o dotaci |  |
| **2.** | **Žadatel = zdr. postižený**  Jméno a příjmení |  |
| **Zákonný zástupce** |  |
| **Adresa trvalého bydliště**  Ulice, č.p., PSČ, Obec |  |
| **3.** | **Postižení (diagnosa)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.** | **Zdravotní pomůcka**  název zdravotní pomůcky |  |
| Kód zdr. pomůcky dle číselníku |  |
| **Potvrzujeme, že výše uvedená zdravotní pomůcka není uvedena ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižení, v platném znění a tudíž a ni nelze poskytnout příspěvek.**  *Toto potvrzení je vydáno pro potřeby žádosti o dotaci z rozpočtu Libereckého kraje,  oblast podpory č. 9 Zdravotnictví, program č. 9.3 – Podpora osob se zdravotním postižením.* | | |
| **Osoba odpovědná za vydání potvrzení (za ÚP ČR)** | |  |

V …………………………. dne ………………………………..

……………………………………………………

razítko, podpis