

.....
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON

Likwidacja barier w komunikowaniu się

(prosimy wypełnić wszystkie pola – czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Adres:.....

PESEL:.....

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
<input type="checkbox"/>	dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca
<input type="checkbox"/>	innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: balkonika
<input type="checkbox"/>	innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: kul, laski
<input type="checkbox"/>	innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: osób drugich
<input type="checkbox"/>	dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się
<input type="checkbox"/>	wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu wzroku
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu słuchu
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu mowy
<input type="checkbox"/>	deficyty rozwojowe (upośledzenie umysłowe)
<input type="checkbox"/>	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
<input type="checkbox"/>	inne dysfunkcje (podać jakie).....

2. W/w niepełnosprawność spowodowana jest:.....

3. Wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się (zaznaczyć właściwe):

tak (**proszę wskazać właściwy sprzęt/urządzenie**).....

nie

4. Osoba z niepełnosprawnością ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji) polegające na :

.....

.....
 miejscowość, data

.....
 pieczętka i podpis lekarza

Należy wypełnić wszystkie pozycje zaświadczenia, w przypadku ich nie uzupełnienia zaświadczenie zostanie uznane za niekompletne i zwrócone wnioskodawcy!