

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON

Likwidacja barier architektonicznych

(prosimy wypełnić wszystkie pola – czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania :

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. Trudności wynikające z niepełnosprawności mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań w związku z likwidacją barier architektonicznych (wskazać konkretną barierę architektoniczną):

.....

.....

4. Uzasadnienie konieczności wykonania w/w prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

.....

5. Realizacja w/w działań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności:

tak

nie

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza

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