

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

### Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON

### Likwidacja barier technicznych

(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.Wymaga likwidacji barier technicznych (zaznaczyć właściwe):

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

nie

4.Uzasadnienie konieczności korzystania z w/w sprzętu, urządzenia w celu likwidacji barier technicznych (w jaki sposób wnioskowane urządzenia, sprzęt umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności z uwagi na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności):

.....  
 .....  
 .....

.....  
 miejscowość, data

.....  
 pieczętka i podpis lekarza

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