Załącznik nr 1 do wniosku

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

Pieczątka 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:

|  |  |
| --- | --- |
|  | dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |
|  | dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca |
|  | innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: balkonika |
|  | innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: kul, laski |
|  | innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: osób drugich |
|  | dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się |
|  | wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk |
|  | dysfunkcja narządu wzroku |
|  | dysfunkcja narządu słuchu |
|  | dysfunkcja narządu mowy |
|  | deficyty rozwojowe (upośledzenie umysłowe) |
|  | niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |
|  | 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 pieczątka i podpis lekarza

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