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 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:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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.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 pieczątka i podpis lekarza

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