.....
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:

- ☐ na wózku inwalidzkim
- ☐ za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu .....
- ☐ osoba leżąca

☐ Dysfunkcja narządu wzroku

☐ Dysfunkcja narządu słuchu

☐ Dysfunkcja narządu mowy

☐ Inne (podać jakie) .....

1. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się z otoczeniem:
   TAK ☐ (jeżeli tak należy wypełnić punkt 2) NIE ☐
2. Uzasadnienie celowości zakupu i użytkowania komputera w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

.....

.....

.....

....

miejscowość i data **pieczątka i podpis lekarza**