Załącznik Nr 1 do wniosku
likwidacja barier architektonicznych

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

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

Imię i nazwisko .....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej: (w języku polskim)

.....

.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się :

- ☐ na wózku inwalidzkim
- ☐ za pomocą kul, laski, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu ……
- ☐ osoba leżąca
- ☐ osoba porusza się samodzielnie

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ inne (podać jakie): ……

2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis trudności lub ograniczeń w poruszaniu się) w związku z uszkodzeniem narządów, układów lub chorób współistniejących :

.....

.....

.....

.....
miejscowość i data

.....
pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie pod którego
opieką znajduje się osoba niepełnosprawna