Załącznik Nr 1 do wniosku

likwidacja barier technicznych

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

*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 technicznych

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): …………………………………………………………………………………………

**3. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca z wykonywaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością - CZYTELNIE**

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

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

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

**4. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem - CZYTELNIE**

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

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

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

*miejscowość i data* *pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna*