

.....
pieczętka 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

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