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): …………………………………………………………………………………………

1. **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*