

.....  
pieczętka 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  NIE

2. Uzasadnienie celowości zakupu i użytkowania komputera w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

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

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza