Załącznik Nr 1 do wniosku

likwidacja barier w komunikowaniu się

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

pieczątka 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:

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

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

1. 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

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

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

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

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

........................................ ……….....................................................

**miejscowość i data pieczątka i podpis lekarza**