

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Załącznik
do wniosku o dofinansowanie ze środków
PFRON likwidacji barier technicznych/ w
komunikowaniu się

..... dnia

Zaświadczenie lekarskie

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

1. Przyczyna niepełnosprawności /proszę zakreślić właściwe pole/

- upośledzenie umysłowe
- choroby psychiczne
- zaburzenia głosu, mowy
- choroby słuchu
- choroby narządu wzroku
- choroby narządu ruchu
- epilepsja
- choroby układu oddechowego i krążenia
- choroby układu pokarmowego
- choroby układu moczowo-płciowego
- choroby neurologiczne
- inne: tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego
- całościowe zaburzenia rozwojowe

II. Opis niepełnosprawności:

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

III. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem:

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza