

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*
WYDANE NA POTRZEBY DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
LIKWIDACJI BARIER
ARCHITEKTONICZNYCH / W KOMUNIKOWANIU SIĘ / TECHNICZNYCH

*(Niniejsze zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie i w języku polskim
oraz wystawione nie wcześniej, niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku)*

1. Dane osoby, której dotyczy wnioszek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych/w komunikowaniu się / technicznych

- a) Imię i nazwisko.....
- b) Data urodzenia.....
- c) Miejsce zamieszkania.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole/pola ☐):

| | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim , nawet przy pomocy osób trzecich | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | poruszający się na wózku inwalidzkim | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | poruszający się przy pomocy balonika, trójnogu lub kul łokciowych | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | protezy: - kończyn górnych - kończyn dolnych | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | inny rodzaj niepełnosprawności ruchowej (proszę opisać): | pieczęć i podpis lekarza |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta: <input type="checkbox"/> - niedowidzący <input type="checkbox"/> - niewidomy | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawność narządu słuchu Pacjenta <input type="checkbox"/> - niedosłyszający <input type="checkbox"/> - niesłyszający | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> inny rodzaj niepełnosprawności powodujący konieczność likwidacji barier (proszę opisać): | pieczęć i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> schorzenia Pacjenta utrudniające poruszanie się i/lub komunikowanie się, i/lub utrudniające codzienne funkcjonowanie i wykonywanie codziennych podstawowych czynności, powodujące konieczność likwidacji barier (w tym: zastosowania specjalistycznego sprzętu technicznego, przedmiotów lub urządzeń (proszę opisać): | pieczęć i podpis lekarza |

3. Wymagana jest likwidacja barier poprzez (proszę uzasadnić):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* zaświadczenie lekarskie wypełnia lekarz o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności lub schorzenia powodującego konieczność likwidacji barier

** np. przystosowanie mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej, modernizacja sposobu ogrzewania mieszkania osoby niepełnosprawnej, zakup: schodolazu, urządzenia wspomagającego obuuszne słyszenie, sprzętu elektronicznego ułatwiającego komunikowanie się (komputera, telefonu), itp.; w treści uzasadnienia proszę również wskazać czy z uwagi na posiadane schorzenia osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się /komunikowaniu się lub w wykonywaniu codziennych podstawowych czynności uzasadniające likwidację barier

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty