



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Z a ś w i a d c z e n i e l e k a r s k i e

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji barier w komunikowaniu się z udziałem środków PFRON**

wypełnia lekarz specjalista stosownie do rodzaju niepełnosprawności
wniosek należy wypełnić czytelnie

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Informacja o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej
(opis w języku polskim)

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

2. Czy w związku z niepełnosprawnością lub występującymi schorzeniami zachodzi konieczność likwidacji barier w komunikowaniu się:

TAK

NIE

3. Osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem polegające na:

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

4. Zalecany sprzęt przyczyniający się do likwidacji lub ograniczenia barier w komunikowaniu się

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

5. W jaki sposób zalecany sprzęt przyczyni się do likwidacji lub ograniczenia barier w komunikowaniu się

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

.....
Miejscowość i data

.....
podpis i pieczętka lekarza
specjalisty