

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
miejsowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA O POTRZEBIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH,
W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH¹**

WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŚWIDNIKU
w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> Choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> Padaczka |
| <input type="checkbox"/> Schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> Inne (jakie?)..... |

.....

2. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się lub technicznych, wynikające z niepełnosprawności:

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

3. Wskazania w zakresie likwidacji barier (określenie zadań i/lub środków, których realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem):

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
¹Zaświadczenie lekarza ważne jest przez okres 30 dni od daty wystawienia