

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier architektonicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

1. Opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

.....
.....

2. Osoba niepełnosprawna porusza się*:

- jest leżąca
- na wózku inwalidzkim
- przy pomocy balkonika/podpórki, 2 kul
- przy pomocy laski lub kuli
- samodzielnie

3. Osoba niepełnosprawna jest *:

- niedowidząca
- niewidoma

4. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie)

* właściwe zaznaczyć