

.....  
(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 w komunikowaniu się**  
*(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 w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:**

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

.....  
(miejscowość i data)

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

\* właściwe zaznaczyć