

.....
(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 technicznych
(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 technicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:**

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

.....
(miejscowość i data)

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

* właściwe zaznaczyć