

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON

### LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu

– **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcji narządu ruchu – zdolność poruszania się:

                  samodzielnie,                   za pomocą kuli/kul,                   za pomocą balkonika,

                  na wózku inwalidzkim,                   osoba leżąca,

                  osoba mająca protezę kończyny, jakiej: .....

dysfunkcji narządu wzroku,                   dysfunkcji narządu słuchu,                   dysfunkcji narządu mowy,

innych dysfunkcji ograniczających funkcjonowanie w życiu codziennym: .....

2. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

3. Ww. osoba ma następujące trudności/bariery techniczne w funkcjonowaniu w życiu codziennym:

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

4. Ww. trudności/bariery mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań (podać rodzaj urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych):

.....

5. Uzasadnienie celowości dokonania ww. działań oraz jego wpływ na poprawę funkcjonowania w życiu codziennym osoby niepełnosprawnej:

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

6. Czy schorzenie/dysfunkcja ma charakter stały/czasowy (proszę uzupełnić): .....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

#### **UWAGI:**

Dofinansowanie ze środków PFRON nie dotyczy rehabilitacji leczniczej.

Niniejsze zaświadczenie nie jest dokumentem decydującym o sposobie rozpatrzenia wniosku.

<sup>1</sup> załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych, ważny od 1 stycznia 2016r./ bez zmian w 2017 roku