

.....  
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 W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

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 komunikowanie się : .....

2. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

3. Osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:

.....  
.....

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów (podać rodzaj urządzeń, sprzętów):

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

5. Posiadanie ww. urządzeń, sprzętu, itp. wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób:

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

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

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza

#### **UWAGI:**

Uzasadnienie o charakterze edukacyjnym nie stanowi podstawy do przyznania dofinansowania w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się.

Niniejsze zaświadczenie nie jest dokumentem decydującym o sposobie rozpatrzenia wniosku.

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