

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

Adres zamieszkania.....

PESEL

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

w komunikowaniu się tak nie

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu słuchu,	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu mowy,	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne dysfunkcje ograniczające komunikowanie się :	pieczęć, nr i podpis lekarza

w poruszaniu się, mające równocześnie wpływ na komunikację z otoczeniem: tak nie

<input type="checkbox"/>	osoba leżąca	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne dysfunkcje ruchowe ograniczające komunikowanie się :	pieczęć, nr i podpis lekarza

2. Osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, które mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następującego urządzenia, sprzętu:

.....

¹ załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się, na rok 2020.

3. Posiadanie ww. urządzenia, sprzętu, itp. wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący

sposób:.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czy schorzenie/schorzenia, dysfunkcja/dysfunkcje powodujące trudności w komunikowaniu się ma/mają

charakter (proszę uzupełnić): **stały/czasowy**

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

UWAGI:

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