

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

Adres zamieszkania.....

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy dysfunkcji powodujących bariery techniczne utrudniające funkcjonowanie w życiu społecznym

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 funkcjonowanie w życiu społecznym	pieczęć, nr i podpis lekarza

w poruszaniu się, mające równocześnie wpływ na funkcjonowanie w życiu społecznym: 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 funkcjonowanie w życiu społecznym	pieczęć, nr i podpis lekarza

¹ załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych, na rok 2020.

2. Osoba niepełnosprawna ma następujące trudności/bariery techniczne w funkcjonowaniu w życiu codziennym/społecznym, które mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następującego urządzenia/sprzętu:

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

3. Posiadanie ww. urządzenie wpłynie na poprawę funkcjonowania w życiu codziennym/społecznym w następujący sposób:

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

4. Czy schorzenie/schorzenia, dysfunkcja/dysfunkcje powodujące trudności w funkcjonowaniu w życiu codziennym/społecznym ma/mają charakter (proszę uzupełnić): **stały/czasowy**

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

UWAGI:

Dofinansowanie ze środków PFRON nie dotyczy rehabilitacji leczniczej.