

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
- prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania *

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

- | | |
|--|-----------------------------|
| + dysfunkcja narządu ruchu | + dysfunkcja narządu słuchu |
| + osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | + upośledzenie umysłowe |
| + dysfunkcja narządu wzroku | + padaczka |
| + choroba psychiczna | + inne (jakie?) |
| + schorzenie układu krążenia | |

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2013 r., poz. 1190 z późn. zm.) o dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier w komunikowaniu się mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **jeśli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**

WYMAGA likwidacji barier technicznych/architektonicznych/ w komunikowaniu się **

- + NIE
- + TAK (proszę wskazać konkretny przedmiot dofinansowania)

.....

Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty
o specjalizacji adekwatnej do rodzaju)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Zaświadczenie należy wypełnić nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.