

Załącznik
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier w komunikowaniu się

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier w komunikowaniu się**
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Międzychodzie
(prosimy wypełnić czytelnie)*

Imię i Nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

I. Przyczyna niepełnosprawności/ proszę podkreślić właściwe pole/

- upośledzenie umysłowe
- choroby psychiczne
- zaburzenia głosu, mowy
- choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku
- choroby narządu ruchu
- epilepsja
- choroby układu oddechowego i krążenia
- choroby układu pokarmowego
- choroby układu moczowo- płciowego
- choroby neurologiczne
- inne: w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i dzwierzęce, choroby układu krwiotwórczego
- całościowe zaburzenia rozwojowe

II. Opis niepełnosprawności:

.....
.....

III. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy porozumiewanie się i przekazywanie informacji:

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

.....
pieczęć podpis lekarza