

.....
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 technicznych 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 z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem:

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

.....
pieczęć podpis lekarza