

**Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna**

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

potwierdzające potrzebę ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze  
środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
**do likwidacji barier architektonicznych**

*(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)*

**Imię i nazwisko** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Nr PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności - rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji.**

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
  - na wózku inwalidzkim
  - za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
  - inna dysfunkcja narządu ruchu .....
  - osoba leżąca
- Dysfunkcja narządu wzroku:
- Dysfunkcja narządu słuchu
- Dysfunkcja narządu mowy
- Inne (podać jakie).....

**3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:**

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

.....  
miejscowość i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza