

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 w komunikowaniu się

(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- Dysfunkcja narządu ruchu:
 - porusza się na wózku inwalidzkim
 - porusza się przy pomocy kuli, chodzika itp.
 - brak lub niedowład kończyn górnych
 - osoba stale/długotrwale leżąca
 - Inna, jaka?

- Dysfunkcja narządu słuchu, mowy:
 - osoba niesłysząca
 - osoba z niedosłuchem
 - osoba głuchoniema
 - osoba niema
 - afazja
 - stan po usunięciu krtani
 - Inna, jaka?

- Dysfunkcja narządu wzroku:
 - osoba niewidoma
 - osoba niedowidząca
 - Inna, jaka?

- Upośledzenie umysłowe
- choroby psychiczne
- całościowe zaburzenia rozwojowe
- Inne, jakie?

Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna

2. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w swobodnym porozumiewaniu się i/lub przekazywaniu informacji (właściwie zakreślić):

TAK NIE

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

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza