

*Załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych*

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
dla potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
**do likwidacji barier architektonicznych**  
( *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim* )

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (z określeniem rokowań co do poprawy stanu zdrowia)**

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

**3. UZASADNIENIE celowości likwidacji barier architektonicznych, potwierdzające konieczność przystosowania osobie niepełnosprawnej z trudnościami w poruszaniu się mieszkania/budynku, w którym stale zamieszkuje, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwia lub zmniejsza swobodę ruchu.....**

.....  
.....

**4. Trudności w poruszaniu się \*: osoba leżąca, poruszająca się na wózku inwalidzkim, poruszająca się przy pomocy chodzika/ balkonika/ kul łokciowych / osoba słabowidząca / osoba niewidoma**

\*niepotrzebne skreślić

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
( lub lekarza specjalisty )