

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że rodzaj niepełnosprawności Pana/i

zam.

zaliczonego/ej do osób niepełnosprawnych z powodu następujących dysfunkcji*

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak bądź też amputacja dłoni lub rąk	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

kwalfikuje do ubiegania się o dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

.....

(nazwa sprzętu)

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W/w sprzęt rehabilitacyjny jest niezbędny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, mający za zadanie osiągnięcie przez osobę niepełnosprawną możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania.

Krótki opis dysfunkcji i potrzeby rehabilitacji:

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

.....
data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty

* - zaznaczyć x w wolnym polu obok każdej występującej dysfunkcji