

*Załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się*

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 w komunikowaniu się\***  
( *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim* )

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

**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 bariery w komunikowaniu się, potwierdzające konieczność posiadania sprzętu, w tym komputerowego do celów swobodnego porozumiewania się i/lub przekazywania informacji ( określić dysfunkcje narządu słuchu, wzroku, mowy albo inne ograniczenia utrudniające komunikowanie się z otoczeniem )**

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

.....  
**miejsowość i data**

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

\*niepotrzebne skreślić