

Załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych

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 technicznych

(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 barier technicznych, potwierdzające konieczność posiadania sprzętu / urządzenia umożliwiającego lub znacznie ułatwiającego wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, zgodnie z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

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

.....
miejsowość i data

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

*niepotrzebne skreślić