Data .....

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Dane osoby, która wnioskuje o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON.

Imię i nazwisko.....

Miejsce zamieszkania.....

2. Rodzaj niepełnosprawności.....

.....

3. Pacjent wymaga*:

a) likwidacji barier architektonicznych - tak - nie

ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

.....

osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się w otoczeniu, polegające na:.....

.....

b) likwidacji barier w komunikowaniu się - tak - nie

ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

.....

osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:.....

.....

i wskazany jest zakup*:

- zestawu komputerowego,
- laptopa,
- sprzętu komputerowego ze specjalistycznym oprzyrządowaniem, oprogramowaniem,
- nie dotyczy,

c) likwidacji barier technicznych - tak - nie

osoba niepełnosprawna ma trudności w funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania polegające na:.....

trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych:.....

.....

.....

pieczątka i podpis lekarza

*Właściwe zakreślić, objaśnienie na drugiej stronie