

.....
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach
(dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu*:

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

Sprawność

kończyn górnych*:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych*:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

Osoba porusza się*:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

Rodzaj sprzętu lub urządzeń służących likwidacji barier technicznych, które ułatwiają lub umożliwiają osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne lub funkcjonowanie w życiu codziennym:

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

Osoba wymaga likwidacji barier technicznych* tak nie

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier technicznych:

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

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

Barier techniczne - wszelkie utrudnienia, które ograniczają lub uniemożliwiają osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne, wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

* właściwe zaznaczyć