

.....  
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 w komunikowaniu się)

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

**Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)**

.....  
.....

**Trudności z komunikowaniem się związane są z rodzajem dysfunkcji:**

.....  
.....

**Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu\*:**

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

**Rodzaj sprzętu, urządzenia służącego likwidacji barier w komunikowaniu się, tj. ułatwieniu lub umożliwieniu osobie niepełnosprawnej swobodnego porozumiewania się i/lub przekazywania informacji:**

.....  
.....

**Osoba wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się\***       tak       nie

**Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się:**

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

---

**Bariery w komunikowaniu się** - ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

\* właściwe zaznaczyć