

.....
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 architektonicznych)

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

Zakres prac, rodzaj sprzętu lub urządzeń, przy pomocy których zostaną usunięte przeszkody występujące w mieszkaniu/budynku lub jego najbliższej okolicy uniemożliwiające lub utrudniające swobodę ruchu osobie niepełnosprawnej:.....

.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych* tak nie

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

Barier architektoniczne - wszelkie utrudnienia występujące w mieszkaniu/budynku lub w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

* właściwe zaznaczyć