



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

## Z a ś w i a d c z e n i e   l e k a r s k i e

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji barier w komunikowaniu się z udziałem środków PFRON**

**wypełnia lekarz** stosownie do rodzaju niepełnosprawności  
**wniosek należy wypełnić czytelnie**

**Imię i Nazwisko**.....

**Data urodzenia**.....

**Adres zamieszkania**.....

**1. Informacja o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej**  
( opis w języku polskim)

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

**2. Czy w związku z niepełnosprawnością lub występującymi schorzeniami zachodzi konieczność likwidacji barier w komunikowaniu się**

TAK       NIE

**3. Osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem polegające na:**

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

**4. Zalecany sprzęt przyczyniający się do likwidacji lub ograniczenia barier w komunikowaniu się**

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

**5. W jaki sposób zalecany sprzęt przyczyni się do likwidacji lub ograniczenia barier w komunikowaniu się**

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

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis i pieczętka lekarza