

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla celów związanych z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier technicznych
ze środków PFRON

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie dofinansowania likwidacji barier technicznych ze środków PFRON:

1. Imię i nazwisko pacjenta -
2. PESEL
3. Adres zamieszkania.....

II. Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

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

Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie likwidacji barier technicznych ze środków PFRON, porusza się:

- samodzielnie
- za pomocą balkonika
- za pomocą kul inwalidzkich
- wyłącznie na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih

III. Niezbędne urządzenia, których zakup umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:.....

.....

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza