Załącznik

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

**likwidacji barier technicznych**

………………………………………….

stempel zakładu opieki zdrowotnej

………………………………………., dnia………………………………..

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier technicznych**

(prosimy wypełnić czytelne w języku polskim)

**Imię i Nazwisko**: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….….…

**PESEL:** …………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania:** …………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**I. Przyczyna niepełnosprawności / proszę zakreślić właściwe pole /**

**□** upośledzenie umysłowe

**□** choroby psychiczne

**□** zaburzenia głosu, mowy

**□** choroby słuchu,

**□** choroby narządu wzroku

**□** choroby narządu ruchu

**□** epilepsja

**□** choroby układu oddechowego i krążenia

**□** choroby układu pokarmowego

**□** choroby układu moczowo- płciowego

**□** choroby neurologiczne

 **□** inne: tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźnie i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego

**□** całościowe zaburzenia rozwojowe

**II.** **Opis niepełnosprawności:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**III. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Liczba przedmiotów/ urządzeń zaleconych przez lekarza: ………szt.

 …..…………….…………………………

**pieczęć, podpis lekarza specjalisty**