

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do likwidacji **barier technicznych** *

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Przyczyna / zakres niepełnosprawności:

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

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

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

Zalecany przedmiot/urządzenie, które umożliwi/ułatwi wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem:

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

.....

(data)

.....

(pieczęć i pieczęć lekarza)

* **Barier techniczne**, to przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania przedmiotów lub urządzeń odpowiednich do rodzaj u niepełnosprawności. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie w życiu codziennym