

ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE PRZEZ 3 MIESIĄCE OD DATY WYSTAWIENIA

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Przyczyna / zakres niepełnosprawności:

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

**Opis trudności jakie ma Wnioskodawca w swobodnym porozumiewaniu się i/lub
przekazywaniu informacji:**

*(należy określić dysfunkcje narządu słuchu, wzroku, mowy albo inne ograniczenia utrudniające
komunikowanie się z otoczeniem):*

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

**Zalecany przedmiot / urządzenie, którego zakup umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi
Pacjentowi swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji:**

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i pieczęć lekarza)

* **Barier w komunikowaniu się**, to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji