

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 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)

\* **Barierzy 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