

## **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, wykonywaniu podstawowych, codziennych czynności lub  
kontaktów z otoczeniem:**

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

**Zalecany przedmiot/ urządzenie, którego zakup umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi Pacjentowi  
kontakty z otoczeniem, swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji,  
wykonywanie podstawowych, codziennych czynności**

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

.....

(data)

.....

(pieczęć i pieczęć lekarza)

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