

do WNIOSKU o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier: architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, w komunikowaniu się* i technicznych**

*Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej (proszę podpisać właściwe pole -, niepotrzebne przekreślić - *)*

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*	Pieczęć i podpis lekarza
- dysfunkcja narządu ruchu	
- osoba leżąca nie będącą w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich	
- osoba poruszająca się samodzielnie na wózku inwalidzkim	
- osoba poruszająca się przy pomocy balkonika*, trójnogu*, jednej kuli łokciowej*, dwóch kul łokciowych*	
- wrodzony brak* albo amputacja kończyn górnych* (lewa*, prawa* ręka*/ dłoń*)	
- wrodzony brak* albo amputacja kończyn dolnych* (lewa*, prawa* noga*/ stopa*)	
- choroba neurologiczna	
- choroba reumatyczna	

Choroby współistniejące	Pieczęć i podpis lekarza
- choroba psychiczna	
- schorzenie układu krążenia	
- schorzenie układu oddechowego	
- dysfunkcja narządu słuchu* i mowy*	
- dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca*, niewidoma*)	
- deficyt rozwojowy upośledzenie umysłowe	
- inne (jakie?)	

Protezy(a)	Pieczęć i podpis lekarza
- kończyn górnych (lewa*, prawa*)	
- kończyn dolnych (lewa*, prawa*)	

Czy schorzenia lub dysfunkcje, choroby współistniejące Pacjenta powodują utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu	TAK	NIE