**Załącznik nr 1**

do wniosku o dofinansowanieze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**likwidacji barier technicznych**

……………………………………………

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(ważne 3 miesiące od daty wystawienia)

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE PACJENTA** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Miejscowość, ulica, nr domu/lokalu:** |  |

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Zaświadczam, że osoba niepełnosprawna jest osobą** (zaznaczyć właściwe):

* leżącą
* poruszającą się na wózku inwalidzkim
* poruszającą się za pomocą kul, balkonika itp.
* poruszającą się samodzielnie bez zaopatrzenia ortopedycznego
* z dysfunkcją narządu wzroku
* z dysfunkcją narządu słuchu lub mowy
* z inną dysfunkcją ………………………………………………………………………………………

**uniemożliwiającą lub powodującą trudności w funkcjonowaniu społecznym**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **W celu zmniejszenia / likwidacji istniejących barier technicznych zaleca się korzystanie przez ww. osobę z** (należy wskazać rodzaj sprzętu):…………………………………………………………………..**Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w ww. sprzęt:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

 |

Data ………………………………. ……………………………………………

 Pieczęć i podpis lekarza

**Zaświadczenie winno być wypełnione w całości, w sposób czytelny.**