**Załącznik nr 1**

do wniosku o dofinansowanieze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**likwidacji barier w komunikowaniu się**

……………………………………………

(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 ………………………………………………………………………………...

**powodującą trudności w porozumiewaniu się i/lub przekazywaniu informacji**

|  |
| --- |
| **W celu zmniejszenia / likwidacji istniejących barier w komunikowaniu 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.**