

.....
(Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę z niepełnosprawnością
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gorlicach
o dofinansowanie likwidacji barier ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
(prosimy wypełnić **czytelnie** w języku polskim)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Przyczyna niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> choroby układu moczowo – płciowego
<input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy	<input type="checkbox"/> choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> choroby słuchu	<input type="checkbox"/> inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne,
<input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku	choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia,
<input type="checkbox"/> choroby narządu ruchu	choroby układu krwiotwórczego
<input type="checkbox"/> epilepsja	<input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia	

2. Opis niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- osoba leżąca
 - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
 - osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.,
 - inny rodzaj niepełnosprawności (jaki?).....
-

3. Opis trudności wynikających z istniejącej niepełnosprawności w zakresie wykonywania podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:

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

4. Zalecany przedmiot/sprzęt/urządzenie ułatwiający/e osobie z niepełnosprawnością wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

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

.....
pieczętka i podpis lekarza