Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Załącznik do Wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
sprzętu rehabilitacyjnego dla osób fizycznych

Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność zakupu sprzętu w ramach likwidacji barier technicznych

(wypełnia lekarz specjalista - czytelnie).

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rodzaj schorzenia*

[ ] - choroby psychiczne,
[ ] - choroby neurologiczne,
[ ] - upośledzenie umysłowe,
[ ] - narząd wzroku,
[ ] - narząd słuchu,
[ ] - układ ruchu,
[ ] - układ krążenia,
[ ] - układ oddechowy,
[ ] - inne.

Informacja o stanie zdrowia

.....

.....

.....

Czy istnieje konieczność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt w ramach likwidacji barier technicznych uzasadniona potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.*

TAK NIE

Rodzaj (nazwa) zalecanego w ramach likwidacji barier technicznych sprzętu związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, którego zakup spowoduje likwidację lub zmniejszenie barier technicznych:

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....

....
Data Pieczątka i podpis lekarza

* właściwe zaznaczyć