

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON

### LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

wydane dla potrzeb ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko .....

Adres .....

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności

w komunikowaniu się  tak  nie

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu słuchu,	osoba głucha <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu mowy,	osoba niema <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<input type="checkbox"/>	inne dysfunkcje ograniczające komunikowanie się : .....		

w poruszaniu się, mające równocześnie wpływ na komunikację z otoczeniem:  tak  nie

<input type="checkbox"/>	Osoba stale leżąca	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się wyłącznie na wózku inwalidzkim	
<input type="checkbox"/>	inne dysfunkcje ruchowe ograniczające komunikowanie się : .....	

2. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

<sup>1</sup> załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się, ważny od 1 stycznia 2018r.

3. Osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, które mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następującego urządzenia, sprzętu:

.....

4. Posiadanie ww. urządzenia, sprzętu, itp. wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób:

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

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

**UWAGI:**

Uzasadnienie o charakterze edukacyjnym nie stanowi podstawy do przyznania dofinansowania w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się.