

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON

LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

– 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	pieczętka, 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	pieczętka, 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:

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

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.