

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
do potrzeb ubiegania się o dofinansowanie na likwidację barier technicznych  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu<br><input type="checkbox"/> porusza się na wózku inwalidzkim<br><input type="checkbox"/> porusza się o kulach<br><input type="checkbox"/> porusza się z chodzikiem<br><input type="checkbox"/> porusza się o lasce<br><input type="checkbox"/> porusza się za pomocą protezy<br><input type="checkbox"/> osoba stale/długotrwale leżąca<br><input type="checkbox"/> brak lub niedowład kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> inna, jaka?..... | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba całkowicie niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba niedowidząca<br><input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca<br><input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu mowy<br><input type="checkbox"/> inna, jaka?..... |
|---|---|

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**Schorzenia współistniejące**

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

**Uzasadnienie celowości likwidacji barier technicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności .....**

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

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza