Załącznik
do wniosku o dofinansowanie ze środków
PFRON **likwidacji barier w komunikowaniu** się

……

stempel zakładu opieki zdrowotnej

……, *dnia*……..

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ***likwidacji barier w komunikowaniu się*** (prosimy wypełnić *czytelne w* języku polskim)

Imię i Nazwisko*:* .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

I. Przyczyna niepełnosprawności / proszę zakreślić właściwe pole /

- □ upośledzenie umysłowe □ *choroby psychiczne*
- □ zaburzenia głosu, mowy
- □ choroby słuchu,
- □ choroby narządu wzroku
- □ *ch*oroby narządu ruchu
- □ *epilepsja*
- □ choroby układu oddechowego i krążenia
- □ choroby układu pokarmowego
- □ choroby układu moczowo- płciowego
- □ *choroby neurologiczne*
- □ *inne: tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby* zakaźnie i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego □ całościowe zaburzenia *rozwojowe*

II. Opis niepełnosprawności:

.....

.....

III. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

……

……

……

IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem:

.....

.....

……..

pieczęć, podpis lekarza