Załącznik do formularza wniosku w ramach programu likwidacji barier architektonicznych /technicznych/ w komunikowaniu* w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w związku z jej indywidualnymi potrzebami

…….
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko ……

Adres zamieszkania ……

……

Data urodzenia (PESEL) ……

1. Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy)*

dysfunkcja narządu ruchu z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika itp.	
osoby z dysfunkcja narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się	
dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne	
pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, inny sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

……
……

3. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych/technicznych/w komunikowaniu:

……
……
……
……
……..

……...
(data) (pieczątka i podpis lekarza)

* właściwe zaznaczyć