

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
*wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łasku – dotyczy
dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier
architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.*

Imię i Nazwisko pacjenta.....

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

Czy osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się?.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację barier architektonicznych w miejscu
zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....

.....

Niezbędny zakres prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych, których realizacja
umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie
podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:

.....

.....

.....

Uzasadnienie konieczności wykonania powyżej opisanych prac zgodnie z rodzajem
niepełnosprawności:

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)