

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
w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.*

Imię i Nazwisko pacjenta.....

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację bariery w komunikowaniu się osoby
niepełnosprawnej

.....

.....

Niezbędne urządzenia z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się, których zakup
umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie
podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:

.....

.....

.....

Uzasadnienie konieczności zakupu powyżej wymienionych urządzeń zgodnie z potrzebami
wynikającymi z niepełnosprawności:

.....

.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)