

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  
technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.*

Imię i Nazwisko pacjenta.....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące .....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację bariery technicznej osoby  
niepełnosprawnej .....

.....

.....

Niezbędne urządzenia z zakresu likwidacji barier technicznych, 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)

