

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**- prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania \* .....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \*\*

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| + dysfunkcja narządu ruchu                   | + dysfunkcja narządu słuchu |
| + osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | + upośledzenie umysłowe     |
| + dysfunkcja narządu wzroku                  | + padaczka                  |
| + choroba psychiczna                         | + inne (jakie?) .....       |
| + schorzenie układu krążenia                 | .....                       |

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2013 r., poz. 1190 z późn. zm.) o dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier w komunikowaniu się mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **jeśli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**

**WYMAGA likwidacji barier technicznych/architektonicznych/ w komunikowaniu się \*\***

- + NIE
- + TAK (proszę wskazać konkretny przedmiot dofinansowania) .....

**Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty  
o specjalizacji adekwatnej do rodzaju)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* Właściwe zaznaczyć

**Zaświadczenie należy wypełnić nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.**