

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

*Wydane dla potrzeb PFRON
w celu dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się*

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

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

3. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji)

tak, jakie trudności (opis)?

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

nie

4. Ewentualne potrzeby związane z likwidacją barier w komunikowaniu się:

- podać nazwę urządzenia/sprzętu/przedmiotu dofinansowania:

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

- uzasadnienie/cel:

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

.....
pieczęćka i podpis lekarza specjalisty

Zgodnie z § 6 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 Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) – o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, a realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności i/lub kontaktów z otoczeniem