Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

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

stempel zakładu opieki zdrowotnej miejscowość i data

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Garwolinie

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych**

*(zaświadczenie w całości wypełnia lekarz)*

Imię i nazwisko .....................................................................................................................................................

Miejsce zamieszkania............................................................................................................................................

PESEL ..................................................................................................................................................................

**Choroba zasadnicza:** ..........................................................................................................................................

1.Przyczyna niepełnosprawności/proszę zakreślić właściwe pola/:

* dysfunkcja narządu słuchu:
* osoba głucha  osoba z niedosłuchem
* dysfunkcja narządu słuchu i mowy
* dysfunkcja narządu wzroku(osoba niewidoma)
* dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca)
* dysfunkcja narządu wzroku i słuchu (osoba głuchoniewidoma)
* dysfunkcja narządu ruchu:
* dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
* amputacja jednej lub obu nóg
* wrodzony brak lub amputacja jednej lub obu rąk
* inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………..

* deficyt rozwojowy (upośledzenia umysłowe)
* epilepsja
* choroba psychiczna
* schorzenia neurologiczne
* niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
* inny rodzaj niepełnosprawności………………………………………………………… ………………………

……………………………………………………………………………………………………………………… 3.Czy posiadane schorzenie utrudnia lub uniemożliwia osobie niepełnosprawnej komunikowanie się z otoczeniem/swobodne porozumiewanie się/przekazywanie informacji lub osoba ma problemy z wykonywaniem codziennych podstawowych czynności:

* NIE
* TAK(proszę o uzasadnienie)…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………… pieczęć, podpis lekarza