Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wieluniu – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych osobom niepełnosprawnym***

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

PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie choroby zasadniczej …………………………………………………………..............................................

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

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

Choroby współistniejące ………………………………………………………………………………………………………

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

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

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację barier architektonicznych, których realizacja 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 pieczątka i podpis lekarza specjalisty*