.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sierpcu w celu dofinasowania likwidacji barier technicznych ze środków PFRON

1. Imię i nazwisko pacjenta .....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia .....
4. PESEL.....
5. Opis rodzaju i przyczyny niepełnosprawności:
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
6. Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
   .....
   .....
   .....
   .....
7. Szczegółowy opis trudności jakie posiada Wnioskodawca z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności, w związku z istniejącą niepełnosprawnością:
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
8. Rodzaje sprzętu /urządzeń/pomocy technicznych, które zlikwidują bądź ograniczą trudności techniczne:
   .....
   .....
   .....
   .....

9. Posiadanie w/w urządzeń, sprzętu, itp. zlikwiduje bariery techniczne w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, tym samym wpłynie na poprawę jej funkcjonowania w następujący sposób: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:
.....
.....
.....
.....

....

miejscowość i data

pieczątka i podpis lekarza