

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
pieczęć placówki

Zaświadczenie

*dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sierpcu w celu dofinansowania likwidacji barier
w komunikowaniu się 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. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się z otoczeniem /przekazywaniu informacji:
 tak (proszę o uzasadnienie).....
.....
.....
.....
.....
 nie
8. Rodzaje sprzętu /urządzeń/pomocy technicznych, które zlikwidują bądź ograniczą trudności w komunikowaniu się:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

