

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Zduńskiej Woli – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu i/lub
technicznych osobom niepełnosprawnym***

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację bariery w komunikowaniu się lub
technicznej osoby niepełnosprawnej

.....

.....

.....

Niezbędne urządzenia z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych,
których zakup 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)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)