

Załącznik nr 1

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Chodzież, dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię .....

adres .....

**Na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz oceny stanu zdrowia stwierdzam występowanie u ww. Pacjenta następujących dysfunkcji: \***

|  |  |
|--|--|
| dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak bądź też amputacja dłoni lub rąk |  |
| inna dysfunkcja narządu ruchu  |  |
| dysfunkcja narządu wzroku  |  |
| dysfunkcja narządów słuchu i mowy  |  |
| deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe )  |  |
| niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia**   |  |

Uzasadnienie konieczności zakupu konkretnego urządzenia bądź wykonania usługi, których dotyczy dofinansowanie wskazując na występowanie bariery w komunikowaniu się:

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

**Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Chodzieży w związku z ubieganiem się w/w o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się.**

.....

Pieczęć i podpis lekarza

\* należy wstawić znak X w wolnym polu obok każdej z występujących dysfunkcji

\*\* należy zaznaczyć jedynie w przypadku nie zaliczenia pacjenta do żadnej z czterech w/w grup dysfunkcji