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 architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej***

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

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

Adres zamieszkania ……………………….……………………………………………………

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

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

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

Choroby współistniejące …………………. ……………………………………………………

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

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

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej ……………………………………. …..………………

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

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

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

Niezbędny zakres prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych, których realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem: ……………..……………………………………………………………………………….……

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

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

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

Uzasadnienie konieczności wykonania powyżej opisanych prac zgodnie z rodzajem niepełnosprawności: …………………………………..………………………………………...

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

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

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

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

…………………….. …………………………………………..

(data) (pieczątka i podpis lekarza)