

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych

Barier architektoniczne w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej to wszelkie fizyczne przeszkody występujące w budynku lub jego elementach zewnętrznych, ograniczające dostęp osobie niepełnosprawnej do korzystania z tych miejsc.

1. Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. Rozpoznanie chorobowe:

.....
.....

3. Czy wyżej wymieniona osoba ma trudności w poruszaniu się?

TAK*

NIE*

4. Zakres trudności w poruszaniu się

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

5. Trudności w poruszaniu się powodują, że wyżej wymieniona osoba:

porusza się przy pomocy balkonika

porusza się z pomocą innych

porusza się przy pomocy kul/kuli

jest osobą leżącą

porusza się przy pomocy protez

porusza się samodzielnie

porusza się na wózku inwalidzkim

przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych, jakich?

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

* właściwe zakreślić X