

.....
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 w komunikowaniu się

Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

1. Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. Czy wyżej wymieniona osoba ma trudności w komunikowaniu się i przekazywaniem informacji w kontaktach z otoczeniem w związku z istniejącą niepełnosprawnością?

TAK*

NIE*

3. Trudności w komunikowaniu się z otoczeniem polegają na:

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

4. Trudności w komunikowaniu się mogą zostać zlikwidowane lub ograniczone poprzez korzystanie z następującego urządzenia/sprzętu:

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

(proszę wskazać nazwę zalecanego urządzenia/sprzętu)

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

* właściwe zakreślić X