

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

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

niezbędne do prawidłowej realizacji procesu przyznania dofinansowania
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych

Bariery 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. Jakie schorzenie/dysfunkcja powoduje trudności w poruszaniu się?

.....

.....

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

☐ **TAK***

☐ **NIE***

4. Proszę wskazać, w jakim zakresie wyżej wymieniona osoba ma trudności w poruszaniu się (np. ograniczona samodzielność, konieczność używania pomocy technicznych, trudności w pokonywaniu przeszkód).....

.....

.....

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

☐ porusza się przy pomocy balkoniku ☐ porusza się z pomocą innych osób

☐ 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
lub lekarza prowadzącego

* właściwe zakreślić X