

.....  
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**

**Bariera 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 z otoczeniem i przekazywaniem informacji?**

**NIE \***

**TAK\***

3. **Opis choroby powodującej trudności w komunikowaniu się:** .....

.....  
.....

4. **Trudności w komunikowaniu się z otoczeniem polegają na:**

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

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

.....  
.....

(proszę wskazać nazwę zalecanego urządzenia/sprzętu)

6. **Korzystanie z wyżej wymienionego urządzenia/sprzętu jest wskazane i wpłynie korzystnie na poprawę komunikowania się z otoczeniem?**

**NIE \***

**TAK\***

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

\* właściwie zakreślić X