

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość, data

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu
LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH¹
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta
Adres zamieszkania
Data urodzenia	(dd-mm-rr)
PESEL

1) rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy kuli, balkonika itp.	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów ortopedycznych	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu słuch i mowy	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) lub psychiczne	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
inne schorzenia jakie?	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza

2) trwale naruszenie sprawności organizmu (należy zakreślić właściwe pole)

TAK

NIE

¹ O dofinansowanie likwidacji barier technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się. Przez bariery techniczne należy rozumieć przeszkody wynikające z braku zastosowań lub niedostosowania, odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tych barier powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.

3) Wnioskowany przedmiot ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny z uzasadnieniem potrzeby zakupu.

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

4) opis trudności w poruszaniu się

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

5) Pacjent wymaga likwidacji barier technicznych w swoim najbliższym otoczeniu (należy zakreślić właściwe pole)

TAK

NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie