

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu
LIKwidACJA BARIER ARCHITEKTONICZNYCH¹
(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 architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się. Przez bariery architektoniczne należy rozumieć wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub zmniejszają możliwość wykonywania podstawowych, codziennych czynności życiowych.

3) używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

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

4) opis trudności w poruszaniu się

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

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

TAK

NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie