

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

Miejscowość ....., dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Radomsku - dofinansowanie**  
**ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**likwidacji barier architektonicznych**  
Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

**Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)** .....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu .....

**Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu\*:**

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

**Sprawność**

**kończyn górnych\*:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**kończyn dolnych\*:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**Osoba porusza się\*:**

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

**Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny:**

.....  
**Zakres prac/rodzaj sprzętu/urządzeń, przy pomocy których zostaną usunięte przeszkody występujące w budynku lub jego najbliższej okolicy uniemożliwiające lub utrudniające swobodę ruchu osobie niepełnosprawnej:**

.....

**Osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych\***       tak       nie

**Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych:** .....

.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

**\*Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.**

\* właściwe zaznaczyć