

.....
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 w komunikowaniu się
Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

.....

.....

Trudności z komunikowaniem się związane są z rodzajem dysfunkcji

.....

.....

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu*:

znacznym

umiarkowanym

lekkim

Rodzaj sprzętu/urządzenia służącego likwidacji barier w komunikowaniu się, tj. ułatwieniu lub umożliwieniu osobie niepełnosprawnej swobodnego porozumiewania się i/lub przekazywania informacji:

.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się* tak nie

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się:

.....

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

*Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.