



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **(ważne 3 miesiące)**

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaworznie w celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:*

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
- dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca,
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:
- balkonika, kul, laski itp.,
- osób drugich,
- dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się,
- wrodzonego braku albo amputacji dłoni lub rąk,
- dysfunkcji narządu wzroku,
- dysfunkcji narządu słuchu i mowy,
- deficytu rozwojowego (upośledzenie umysłowe),
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia,
- innej dysfunkcji

krótka charakterystyka

Ww. niepełnosprawność spowodowana jest

Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań:

Realizacja ww. działań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem w następujący sposób:

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* właściwe zakreślić znakiem X