

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb PFRON
w celu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie.....

5. Pacjent nie porusza się/porusza się* na wózku inwalidzkim o napędzie elektrycznym/ręcznym*

6. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe);

- narząd ruchu, w zakresie.....
- brak obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
- inne schorzenie.....

7. **Uzasadnienie indywidualnej potrzeby likwidacji barier architektonicznych**
podać nazwę

cel i zasadność jakiemu ma służyć wnioskowane zadanie:

.....
pieczęć i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić

Zgodnie z § 6 pkt 1, pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) – o dofinansowanie do likwidacji barier:

- architektonicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje,
- technicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.