

Załącznik nr 1  
do wniosku o dofinansowanie ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych likwidacji barier  
technicznych w związku z indywidualnymi  
potrzebami osób niepełnosprawnych

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Dnia.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie  
likwidacji **barier technicznych** )

(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania .....
3. Data urodzenia.....
4. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenia).....  
.....
5. Prosimy wymienić urządzenie / sprzęt, którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi  
pacjentowi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub samodzielną  
egzystencję .....
6. Prosimy opisać ograniczenia wynikające z niepełnosprawności pacjenta uzasadniające  
potrzebę zakupu w/w urządzenia / sprzętu.....  
.....  
.....  
.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty  
wystawiającego zaświadczenie

**Uwaga:**

Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.  
Zaświadczenie z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane.