



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier
architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami
osób niepełnosprawnych

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie

.....
.....

Zalecany sprzęt/urządzenie stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

.....
.....

Uzasadnienie(rokowania,trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy).....

.....
.....

Stwierdzam, że zachodzi potrzeba likwidacji barier architektonicznych, która umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności i samodzielne funkcjonowanie.

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza