

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy
dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków
PFRON

/Proszę wypełnić w języku polskim/

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia (pesel)

.....

1. Rozpoznanie i opis choroby powodującej trudności w poruszaniu się:

.....

.....

.....

2. Opis rodzaju trudności w poruszaniu się:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Zalecenia dotyczące likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(data i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

Adnotacje przyjmującego wniosek:

I. Opinia pracownika merytorycznego dotycząca poprawności rozwiązań technicznych kosztów likwidacji barier .

.....
.....
.....

II Opinia Komisji o przyznaniu dofinansowania

Data i podpis

.....
.....
.....
.....

.....

Data

Podpisy członków Komisji:

1.
2.
3.
4.
5.