

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

/Proszę wypełnić w języku polskim/

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia (pesel)

.....

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

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

2. Trudności w komunikowaniu się, lub bariery techniczne związane z rodzajem dysfunkcji:

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

3. Uzasadnienie zakupu sprzętu lub rozwiązań technicznych zaproponowanych przez Osobę niepełnosprawną

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

.....

(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

.....

(data i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

Adnotacje przyjmującego wniosek:

I. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych kosztów likwidacji barier .

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

II Opinia Komisji o przyznaniu dofinansowania

Data i podpis

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

.....

Podpisy członków Komisji:

Data

1.
2.
3.
4.