

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia.....

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier w komunikowaniu się**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

#### **I. Przyczyna niepełnosprawności / proszę zakreślić właściwe pole /**

- upośledzenie umysłowe,
- choroby psychiczne,
- zaburzenia głosu, mowy,
- choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku,
- choroby narządu ruchu,
- epilepsja,
- choroby układu oddechowego i krążenia,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby układu moczowo- płciowego,
- choroby neurologiczne,
- inne: tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- całościowe zaburzenia rozwojowe.

#### **II. Opis niepełnosprawności:**

.....  
.....

#### **III. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością:**

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

#### **IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy porozumiewanie się i przekazywanie informacji:**

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

.....  
pieczęć, podpis lekarza