

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(data i miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu –
dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych**

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko :

Adres zamieszkania :

.....

PESEL :

Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

.....

.....

Osoba niepełnosprawna porusza się*:

- a) samodzielnie
- b) z pomocą przedmiotów ortopedycznych (jakich).....
- c) na wózku inwalidzkim
- d) osoba leżąca

Osoba niepełnosprawna jest*:

- a) niewidoma
- b) niedowidząca

Likwidacja barier architektonicznych – rodzaj schorzenia i opis problemów w poruszaniu się
pacjenta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty

*właściwe zaznaczyć

do Regulaminu rozpatrywania wniosków i przyznawania dofinansowania ze środków PFRON do:

- likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych
 - zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
 - turnusów rehabilitacyjnych,
- usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika,
- sportu, kultury, turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych.

Kalkulacja kosztów związanych z realizacją likwidacji barier architektonicznych

l.p.	Opis wykonywanych robót*	Szacunkowa wartość brutto	
		materiał	robocizna
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
RAZEM			

* zgodnie z katalogiem rzeczowym sprzętów, urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności, które mogą być dofinansowane ze środków PFRON w ramach likwidacji barier (wraz z ich montażem) – Załącznik nr 1 do Regulaminu