

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie  
w Płocku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier  
w komunikowaniu się

**(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, W JĘZYKU POLSKIM)**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

### I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

### II. Przyczyna niepełnosprawności (proszę zakreślić właściwe pole )\*:

- upośledzenie umysłowe,
- choroby psychiczne,
- zaburzenia głosu, mowy,
- choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku,
- choroby narządu ruchu:
  - z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
  - bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim,
- epilepsja,
- choroby układu oddechowego i krążenia,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby układu moczowo-płciowego,
- choroby neurologiczne,
- inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- całościowe zaburzenia rozwojowe.

### III. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się, tj. czy występują ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji (proszę wymienić jakie):

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

**IV. Ewentualne potrzeby związane z likwidacją bariery w komunikowaniu się (proszę wskazać dedykowany sprzęt/urządzenie):**

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

.....

(data)

\*właściwe zaznaczyć X

.....

(pieczętka i podpis lekarza)