ZAŁĄCZNIK NR 7

Dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Likwidacji Barier Architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

…..... Miejscowość.....dnia ….....

Oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej

lub Praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ZAWIERAJĄCE OPIS NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żninie

Imię i Nazwisko osoby niepełnosprawnej ….....

PESEL ….....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

….....

….....

2.Czy w związku z istniejącą niepełnosprawnością występują trudności w poruszaniu się? ☐ Tak ☐ Nie

3. Osoba niepełnosprawna:

- porusza się: samodzielnie ☐ Tak ☐ Nie
- poruszająca się za pomocą/przy pomocy:

- wózka inwalidzkiego ☐ Tak ☐ Nie
- kuli/ kul łokciowych ☐ Tak ☐ Nie
- balkonika/podpórki ☐ Tak ☐ Nie
- inne (wymienić).....

- osoba leżąca ☐ Tak ☐ Nie

.....

Pieczątka i podpis lekarza