ZAŁĄCZNIK NR 6

Dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Likwidacji Barier Technicznych 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 problemy z wykonywaniem podstawowych codziennych czynności? ☐ Tak ☐ Nie

3. Czy osoba niepełnosprawna ma problemy w poruszaniu się? ☐ Tak ☐ Nie

4. 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