ZAŁĄCZNIK NR 6

Dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Likwidacji Barier w Komunikowaniu się 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 zaburzenia komunikowania się z innymi ludźmi?	☐ Tak	☐ Nie
3. Czy zaburzenia komunikowania się można pokonać w wyniku posługiwania się sprzętem elektronicznym o który wnioskuje Wnioskodawca?	☐ Tak	☐ Nie
4. Czy osoba niepełnosprawna ma problemy w poruszaniu się?	☐ Tak	☐ Nie

5. 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