

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Z A Ś W I A D C Z E N I E

dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sieradzu w celu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON

- a) Imię i nazwisko.....
b) Data urodzenia.....
c) Miejsce zamieszkania.....
Nr PESEL

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....
.....
.....
.....

osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 porusza się *(proszę zakreślić **jedno** właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)*

	Samodzielnie	<i>pieczętka, nr i podpis lekarza</i>
	Przy pomocy balkonika	<i>pieczętka, nr i podpis lekarza</i>
	Przy pomocy kul / kuli.	<i>pieczętka, nr i podpis lekarza</i>
	Wyłącznie na wózku inwalidzkim	<i>pieczętka, nr i podpis lekarza</i>
	Osoba leżąca wymagająca opieki osób drugih.	<i>pieczętka, nr i podpis lekarza</i>

- inne istotne informacje związane z **trudnościami w poruszaniu się**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie*

* Lekarz rodzinny/lekarz specjalista