

.....
(pieczęć placówki)

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 w komunikowaniu się ze środków PFRON**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

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

a) Imię i nazwisko.....

b) PESEL

c) Miejsce zamieszkania.....

2. Ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

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

.....
osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt. 1 ma trudności w komunikowaniu się
z otoczeniem, polegające na:

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

3. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących
urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych:

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

4. Posiadanie ww. urządzeń, sprzętu, itp. wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość i data

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

** Lekarz rodzinny/lekarz specjalista*