

.....dnia.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR likwidacji barier w komunikowaniu się
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Data urodzenia.....
1. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności.....
.....
3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....
.....

Pacjent wymaga*:

a) likwidacji barier w komunikowaniu się - tak - nie
ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....
.....

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

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy*
- narządu ruchu, w zakresie.....
- narządu wzroku,
- narządu słuchu,
- upośledzenia umysłowego,
- choroby psychicznej,
- ogólnego stanu zdrowia

5. Pacjent wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się i wskazany jest zakup:.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza rodzinnego/specjalisty

* Właściwe zakreślić

Bariery w komunikowaniu się - bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i / lub przekazywanie informacji.

OŚWIADCZENIA

Uprowadzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2021 r. poz. 2345) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałam/em dofinansowanie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na ten cel.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu oraz oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam że posiadam środki finansowe na pokrycie co najmniej 5% wartości przedmiotu dofinansowania.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby do tego uprawnionej

UWAGA!

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.