

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

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb PCPR likwidacji barier technicznych  
( 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 technicznych - tak - nie

osoba niepełnosprawna ma trudności w funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania polegające na:

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

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy\*

- narządu ruchu, w zakresie.....

- narządu wzroku,

- narządu słuchu,

- upośledzenia umysłowego,

- choroby psychicznej,

- ogólnego stanu zdrowia

5. Pacjent wymaga likwidacji barier technicznych i wskazany jest zakup:.....

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

\* Właściwe zakreślić

**Barier techniczne** – bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne.

## 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.