

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR do wniosku likwidacji barier architektonicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Data urodzenia.....
PESEL:.....

1. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności
.....
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....
.....

Pacjent wymaga*:

a) likwidacji barier architektonicznych - tak - nie

4. Osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się w otoczeniu, polegające na:

.....
.....

5. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy*

- narządu ruchu, w zakresie.....
- narządu wzroku,
- upośledzenia umysłowego,
- choroby psychicznej,
- ogólnego stanu zdrowia

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

* Właściwe zakreślić

Barier architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowe uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i przewidywany koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

Lp.	Nazwa	Ilość (szt./mb/m²)	Cena jednostkowa	Łączny koszt brutto
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
RAZEM BRUTTO				

OŚWIADCZENIA

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U. z 2025 r. poz. 383) 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 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 rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie co najmniej 5% przedsięwzięcia.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Prudniku, dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów dofinansowania ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

.....
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.