

.....dnia.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej (miejsowość)
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR do wniosku likwidacji barier w komunikowaniu się
(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 /o stopniu niepełnosprawności

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

Pacjent wymaga*:

a) likwidacji barier w komunikowaniu się - tak - nie
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
- inne schorzenie:

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

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

* Właściwe zakreślić

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

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 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) 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 rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

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

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.