



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 3 miesiące)

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaworznie w celu dofinansowania zakupu urządzeń
z zakresu likwidacji barier technicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

PESEL

adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:*

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
- dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca,
- innej dysfunkcji narządu ruchu, pozwalającej na samodzielne poruszanie się,
- wrodzonego braku albo amputacji dłoni lub rąk,
- dysfunkcji narządu wzroku,
- dysfunkcji narządu słuchu i mowy,
- deficytu rozwojowego (upośledzenie umysłowe),
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia,
- innej dysfunkcji

krótka charakterystyka

Ww. ma trudności w korzystaniu z przestrzeni życiowej wskutek braku odpowiednio przystosowanych urządzeń technicznych, polegające na:

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

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

proszę wpisać nazwę urządzenia

Posiadanie ww. urządzeń, sprzętu, wpłynie na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy w następujący sposób:

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* proszę wstawić znak X we właściwym polu