Załącznik nr 2 do wniosku

……
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie[1]

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę z niepełnosprawnością w MOPR w Kielcach o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ***likwidacji barier technicznych***

Imię i nazwisko: ……

Pesel: ……

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

   ……

   ……

   ……

2. Przyczyna niepełnosprawności (*proszę zakreślić właściwe pola*):

   - ☐ upośledzenie umysłowe,
   - ☐ choroby psychiczne,
   - ☐ zaburzenia głosu, mowy,
   - ☐ choroby słuchu,
   - ☐ choroby narządu wzroku,
   - ☐ choroby narządu ruchu,
   - ☐ epilepsja,
   - ☐ choroby układu oddechowego i krążenia,
   - ☐ choroby układu pokarmowego,
   - ☐ choroby układu moczowo- płciowego,
   - ☐ choroby neurologiczne,
   - ☐ inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźnie i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
   - ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe.

3. Osoba z niepełnosprawnością ma trudności w wykonywaniu podstawowych, codziennych czynności spowodowanych barierami technicznymi, polegające na:

   ……

   ……

   ……

4. Wymaga likwidacji barier technicznych (*proszę zakreślić właściwe pola*):

   ☐ TAK

   ☐ NIE

5. Wskazany zakup następującego sprzętu/urządzeń celem likwidacji barier technicznych:

   ……

   ……

   ……

……..... .....

data pieczęć i podpis lekarza specjalisty

***** *niepotrzebne skreślić*

[1] Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad pacjentem (lekarz rodzinny POZ)