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 architektonicznych***

Imię i nazwisko: ……

Pesel: ……

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

   ……

   ……

   ……

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnoprawność Pacjenta dotyczy dysfunkcji narządu ruchu (*proszę zakreślić właściwe pola*):

   - ☐ osoba leżąca,
   - ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim,
   - ☐ osoba mająca protezę kończyny (jakiej?): ……
   - ☐ osoba poruszająca się za pomocą balkonika, kul,
   - ☐ inne dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się: ……

     ……

     ……

   - ☐ osoba poruszająca się samodzielnie.

3. Osoba z niepełnosprawnością ma trudności w poruszaniu się polegające na:

   ……

   ……

   ……

4. Wymaga likwidacji barier architektonicznych w lokalu lub budynku mieszkalnym, w którym stale zamieszkuje (*proszę zakreślić właściwe pola*):

   - ☐ TAK
   - ☐ NIE

…….. ……

data pieczęć i podpis lekarza specjalisty

* *niepotrzebne skreślić*

[1] Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności.