…………………………………………………..

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB***

***POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE***

## W CELU LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ ZE ŚRODKÓW PFRON

Imię i nazwisko:..………………………………………………….…………………………………

Adres zamieszkania:………………………………………………………………..………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL:

Seria i nr dowodu tożsamości:……………………….……...

***Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:\****

* dysfunkcja narządu ruchu
* dysfunkcja narządu słuchu
* dysfunkcja narządu wzroku
* upośledzenie umysłowe
* choroba psychiczna
* epilepsja
* schorzenie układu krążenia
* inne (jakie?)……………………………

***Przykłady barier w komunikowaniu się napotkane przez wnioskodawcę:***

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

***Zaleca się likwidację barier w komunikowaniu się poprzez zakup:***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Uzasadnienie konieczności likwidacji barier w komunikowaniu się poprzez w/w zakup:***

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

..…...…………………………. ………………………………

(data ) (pieczęć i podpis lekarza)

\*Właściwe zaznaczyć

Zgodnie z informacją zawartą na oficjalnej stronie internetowej Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych przyjmuje się, iż **„bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji”.**