…………………………………………………..

 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

 lub gabinetu lekarskiego

## *ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB*

***POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE***

***W CELU LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH 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 technicznych napotkane przez wnioskodawcę:***

………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………….

***Zaleca się likwidację barier technicznych poprzez zakup:***

………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………….

***Uzasadnienie konieczności likwidacji barier technicznych 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 techniczne to przeszkody wynikające z braku zastosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń.** Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie**”.**