

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Dla potrzeb Urzędu Miasta Krosna w związku z ubieganiem się osoby z niepełnosprawnościami o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) **do likwidacji barier w komunikowaniu się**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### 1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:

- na wózku
- za pomocą kul, balkonika, protez
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- osoba leżąca

dysfunkcja narządu słuchu     dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu mowy     upośledzenie umysłowe     choroba psychiczna

schorzenia układu krążenia     inne (jakie?) .....

### 2. Czy osoba z niepełnosprawnościami posiada trudności w poruszaniu się:

tak     nie

### 3. Opis rodzaju schorzenia lub dysfunkcji, które powodują niepełnosprawność (należy wymienić i krótko opisać)

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

### 4. Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby z niepełnosprawnościami (należy wskazać trudności w komunikowaniu się w związku z istniejącą niepełnosprawnością):

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