

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 architektonicznych**

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 architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby z niepełnosprawnościami (należy wskazać trudności w poruszaniu w związku z istniejącą niepełnosprawnością):

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