|  |
| --- |
| MOPR – BK /Zaśw.lek. |

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Białymstoku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się***

(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

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

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie choroby zasadniczej: …………………………………………………………....................................

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

Choroby współistniejące: ...........................................………………………............................................................

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

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

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację barier w komunikowaniu się na jakie napotyka osoba niepełnosprawna: ……………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

Niezbędne urządzenia i usługi z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się, których zakup i realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem: ………………….........................................................................................

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

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

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

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

Uzasadnienie konieczności zakupu wymienionych powyżej urządzeń i wykonania wymienionych powyżej usług ze względu na potrzeby wynikające z niepełnosprawności: ………………………………………………………..

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

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

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

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

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

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

………………………… ……………………………………………………..

(Data) (Pieczątka imienna i podpis lekarza specjalisty)