

**Załącznik do wniosku o dofinansowanie
do likwidacji barier technicznych**

..... Miejscowość.....data.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zawierciu.
prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej (przyczyny niepełnosprawności):
.....
.....
.....
5. Opis zakresu ograniczeń powodującego konieczność likwidacji barier technicznych
.....
.....
.....
.....
.....
.....
6. Zalecany sprzęt/urządzenie stosowne do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:
.....
.....
.....
.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie