

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Ul. Bohaterów Porytowego Wzgórza 29, 23-300 Janów Lubelski tel. (15) 8723-345 fax (15) 8723-678

pcprjanowlubelski@poczta.onet.pl

Załącznik Nr 1

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Janowie Lubelskim o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

Choroby współistniejące

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniającej likwidację barier technicznych na jakie napotyka osoba niepełnosprawna

Niezbędne urządzenia i usługi z zakresu likwidacji barier technicznych, 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)

.....
(Pieczęćka imienna i podpis lekarza specjalisty)