.

……………………………………  
( Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej)

# ZAŚWIADCZENIE

# wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Imię i nazwisko pacjenta …………………………………………………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………………………………..............

Rodzaj niepełnosprawności…………………………………………………………………………………….…..…………………………………………………………………………………………..……………

Czy występują trudności w poruszaniu się: □ tak\* □ nie\*

Czy osoba porusza się samodzielnie, bez wsparcia: □ tak\* □ nie\*

Używane przedmioty ortopedyczne: ................................................................................................................

Szczegółowy opis problemów w poruszaniu się, w tym rodzaj ograniczeń wynikający z niepełnosprawności: ……………………………………....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Przyczyna niepełnosprawności:

**□** 01-U – upośledzenie umysłowe\*

**□** 02-P – choroby psychiczne\*

**□** 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu\*

**□**osoba głucha\*

**□**osoba głuchoniema\*

**□** 04-O – narząd wzroku\*

**□**osoba niewidoma\*

**□**osoba głuchoniewidoma\*

**□** 05-R – narząd ruchu\*

**□** wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego\*

**□** dysfunkcja obu kończyn górnych\*

**□** osoba leżąca**\***

**□** inne ………………………………………………

**□** 06-E – epilepsja\*

**□** 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia\*

**□** 08-T – choroby układu pokarmowego\*

**□** 09-M – choroby układu moczowo-płciowego\*

**□** 10-N – choroby neurologiczne\*

**□** 11-I – inne\* jakie ………………………………………….

**□** 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe\* ...……………………………..

Data, pieczęć i podpis lekarza