.……………………………………  
( 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 technicznych**

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

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

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

Czy występują problemy w wykonywaniu codziennych, podstawowych czynności i kontaktów z otoczeniem:

**□**  tak **□**  nie

Szczegółowy opis trudności spowodowany posiadanym schorzeniem w wykonywaniu podstawowych, codziennych czynności i kontaktów z otoczeniem …………………………………….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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