

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Białymstoku – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania  
osoby niepełnosprawnej***

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
.....

Choroby współistniejące .....

.....  
.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację barier architektonicznych w miejscu  
zamieszkania osoby niepełnosprawnej .....

.....  
.....  
.....

Niezbędny zakres prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych, których realizacja  
umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie  
podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:

.....  
.....  
.....  
.....

Uzasadnienie konieczności wykonania powyżej opisanych prac zgodnie z rodzajem  
niepełnosprawności: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)