

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 w komunikowaniu i technicznych osobom  
niepełnosprawnym***

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące .....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniającej likwidację bariery w komunikowaniu się lub  
technicznej osoby niepełnosprawnej .....

.....

.....

.....

Niezbędne urządzenia z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych,  
których zakup umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej  
wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie konieczności zakupu powyżej wymienionych urządzeń zgodnie z potrzebami  
wynikającymi z niepełnosprawności: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)