*Załącznik*

*do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON*

*likwidacji barier w komunikowaniu się*

........................................................ …………………….., dnia ……………………

 Stempel zakładu opieki zdrowotnej

 lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie
w Gdańsku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych****likwidacji barier w komunikowaniu się***

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: ..........................................................................................................................

PESEL: .....................................................................................................................................................

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

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

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

II. Przyczyna niepełnosprawności (proszę zakreślić właściwe pole ):

 -  upośledzenie umysłowe,

 -  choroby psychiczne,

 -  zaburzenia głosu, mowy,

 -  choroby słuchu,

 -  choroby narządu wzroku,

 -  choroby narządu ruchu:

 \*  z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,

 \*  bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim,
 \*  osoba leżąca,

 -  epilepsja,

 -  choroby układu oddechowego i krążenia,

 -  choroby układu pokarmowego,

 -  choroby układu moczowo-płciowego,

 -  choroby neurologiczne,

 -  inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,

 -  całościowe zaburzenia rozwojowe.

III. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji) polegające na:

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

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

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

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

IV. W jaki sposób wnioskowane urządzenia, sprzęt, itp. wpłyną na poprawę komunikowania się
z otoczeniem:

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

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

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

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

V. Uwagi dodatkowe:

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

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

 *data, miejscowość pieczątka i podpis lekarza*

UWAGA:

Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

§ 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.) stanowi, że: „O dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier w komunikowaniu się, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.