*Załącznik*

*do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON*

*likwidacji barier technicznych*

........................................................ …………………….., 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 technicznych***

(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,

 \*  poruszanie się przy pomocy sprzętu ortopedycznego ( np.: kul, balkonika),

 \*  osoba leżąca,
 \*  poruszanie się samodzielnie, bez wsparcia,

 -  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. W jaki sposób wnioskowane urządzenia, sprzęt, itp., umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów
z otoczeniem z uwagi na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności:

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

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

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

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

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

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

IV. Uwagi dodatkowe:

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

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

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

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

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

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

 *data, miejscowość pieczątka i podpis lekarza*

UWAGA:

Bariery techniczne to wszelkie przeszkody wynikają z braku zastosowania lub niedostosowania odpowiednich
do rodzaju niepełnosprawności przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tych barier powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.

§ 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 (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 ze zm.) stanowi, że:

O dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier technicznych, 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.