

.....  
 pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
 lub gabinetu lekarskiego

### Zaświadczenie lekarza

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie  
 dotyczy: ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier technicznych  
 (proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko		
PESEL		
Adres zamieszkania	ul.	nr domu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdzam, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy: (rozpoznanie choroby zasadniczej)

..... ..... ..... .....
----------------------------------

2. Przyczyna niepełnosprawności, która jest przyczyną trudności w wykonywaniu podstawowych, codziennych czynności:<sup>1)</sup>

<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe, <input type="checkbox"/> choroby psychiczne, <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy, <input type="checkbox"/> choroby słuchu, <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku, <input type="checkbox"/> choroby narządu ruchu, <input type="checkbox"/> z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, <input type="checkbox"/> poruszanie się przy pomocy sprzętu ortopedycznego ( np.: kul, balkonika), <input type="checkbox"/> osoba leżąca, <input type="checkbox"/> poruszanie się samodzielnie, bez wsparcia, <input type="checkbox"/> epilepsja, <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia, <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego, <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego, <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne, <input type="checkbox"/> inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego, <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe.....
---

<sup>1)</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

3. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej ma trudności w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności (tzn. ma ograniczenia wynikające z przyczyny niepełnosprawności) polegające na:

..... ..... ..... .....
----------------------------------

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

4. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej planuje wnioskować o dofinansowanie następujących sprzętów, urządzeń umożliwiających lub w znacznym stopniu ułatwiających wykonywanie podstawowych codziennych czynności:

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

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

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

....., dnia .....

*Miejscowość*

.....

*pieczęć i podpis lekarza*