

.....
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 w komunikowaniu się
(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 komunikowaniu się:¹⁾

<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"/> 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.....

¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

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

.....

4. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej planuje wnioskować o dofinansowanie następujących sprzętów, urządzeń umożliwiających lub ułatwiających porozumiewanie się:

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

5. W jaki sposób wnioskowane urządzenia, sprzęty, itp. wpłyną na poprawę komunikowania się pacjenta z otoczeniem:

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

....., dnia

Miejscowość

.....
pieczęć i podpis lekarza