

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność dotyczy (właściwe zaznaczyć):

- osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim,
- osoby z dysfunkcją narządu słuchu i mowy (głuchoniemej),
- osoby z dysfunkcją narządu słuchu: głuchej, niedosłyszącej,
- osoby z dysfunkcją narządu wzroku: niewidomej, niedowidzącej,
- osoby z dysfunkcją narządu mowy: niemej,
- osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z orzeczeniem o niepełnosprawności – symbol: 12C),
- osoby z inną dysfunkcją utrudniającą komunikowanie.....

3. Szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu się, przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

4. Zalecany/zalecane sprzęt/urządzenie, który/które ułatwi osobie niepełnosprawnej porozumiewanie się, przekazywanie informacji:

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty