

.....  
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:  samodzielnie,  przy pomocy balkonika,  trójnogu,  kul łokciowych,
- osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim,
- osoby nieporuszającej się samodzielnie – leżącej,
- osoby po amputacji kończyny górnej/kończyn górnych\*, kończyny dolnej/kończyn dolnych\*,
- osoby z wrodzonym brakiem kończyny górnej/kończyn górnych\*, kończyny dolnej/kończyn dolnych\*,
- osoby z dysfunkcją narządu słuchu:  głuchej,  niedosłyszącej,
- osoby z dysfunkcją narządu wzroku:  niewidomej,  niedowidzącej,
- osoby z inną dysfunkcją utrudniającą funkcjonowanie .....

3. Szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

4. Zalecany/zalecane przedmiot/urządzenie, który/które umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty