

ZAŚWIADCZENIE

**wydane do celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną
o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

Choroby współistniejące:

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację barier technicznych na jakie napotyka
osoba niepełnosprawna w miejscu zamieszkania:

.....

Niezbędne urządzenia z zakresu likwidacji barier technicznych, których zakup umożliwi lub
w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych
czynności:

.....

Uzasadnienie konieczności zakupu wymienionych powyżej urządzeń ze względu na potrzeby
wynikające z niepełnosprawności:

.....

.....

.....

Data

.....

Pieczętka imienna i podpis **lekarza specjalisty**