



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 3 miesiące)

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaworznie w celu dofinansowania zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

PESEL

adres zamieszkania .....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:\*\*

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
- dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca,
- innej dysfunkcji narządu ruchu, pozwalającej na samodzielne poruszanie się,
- wrodzonego braku albo amputacji dłoni lub rąk,
- dysfunkcji narządu wzroku,
- dysfunkcji narządu słuchu i mowy,
- deficytu rozwojowego (upośledzenie umysłowe),
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia,
- innej dysfunkcji .....

*krótka charakterystyka*

Ww. ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:

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

Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów:

.....  
*proszę wpisać nazwę urządzenia*

posiadanie ww. urządzeń, sprzętu, wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób

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

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*