

.....
(data)

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Lesznie

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia.....

3. Adres zamieszkania:

4. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

5. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier technicznych wynikającej z niepełnosprawności

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r.
w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

„O dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych ze
środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami
wynikającymi z niepełnosprawności”