

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(data)

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 w komunikowaniu się wynikającej z niepełnosprawności

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

.....
(pieczęćka 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”