

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE

**wydane dla potrzeb MOPS w Łodzi
w celu dofinansowania ze środków PFRON w zakresie rehabilitacji
społecznej i zawodowej**

Imię i nazwisko :

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

Rozpoznanie choroby zasadniczej (opis stanu zdrowia):.....

.....

.....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące:

.....

.....

Osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (ograniczenie uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji) polegające na:

.....

.....

.....

.....

Należy wskazać sprzęt, który zlikwiduje bariery w komunikowaniu się / techniczne:

.....

.....

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)