

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Z A Ś W I A D C Z E N I E

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 ułatwi osobie niepełnosprawnej rehabilitację)

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)