

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej).....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach**  
 (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

zamieszkała (y).....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

- brak obu kończyn górnych
- brak jednej kończyny górnej
- brak obu kończyn dolnych
- brak jednej kończyny dolnej
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej
- jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych
- inne schorzenie: .....

3. Używane przedmioty ortopedyczne (zakreślić właściwe):

- wózek inwalidzki
- kule
- balkonik
- protezy kończyn
- orteza
- gorset
- inne .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)**UWAGA:**

§ 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 96, poz 861 z późn. zm.) stanowi, że:

osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się mogą otrzymać dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania.