

.....dnia.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej (miejscowość)
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR do wniosku likwidacji barier technicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Data urodzenia.....
PESEL:.....

1. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności
.....
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne sprzęt rehabilitacyjny.....
.....
.....

Pacjent wymaga*:

a) likwidacji barier technicznych - tak - nie
osoba niepełnosprawna ma trudności w funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania polegające na:

.....
.....

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy*

- narządu ruchu, w zakresie.....
- narządu wzroku,
- narządu słuchu,
- upośledzenia umysłowego,
- choroby psychicznej,
- ogólnego stanu zdrowia

5. Pacjent wymaga likwidacji barier technicznych i wskazany jest zakup (należy wymienić rodzaj sprzętu technicznego).....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty/lekarza rodzinnego

*** Właściwe zakreślić**

Barier techniczne – to przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania przedmiotów lub urządzeń odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności.

OŚWIADCZENIA

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U. z 2025 r. poz. 383) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałam/em dofinansowanie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na ten cel.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu oraz oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie co najmniej 5% wartości przedmiotu dofinansowania.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Prudniku, dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów dofinansowania ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby do tego uprawnionej

UWAGA!

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.

