

.....  
(pieczęć placówki)

## **ZAŚWIADCZENIE**

**dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Rybniku w celu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON**

UWAGA!

Niniejsze zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie i w języku polskim.

**1) Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON**

a) Imię i nazwisko.....

b) PESEL.....

c) Miejsce zamieszkania.....

**2) Ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany :**

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

**Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt. 1:**

- porusza się samodzielnie, bez pomocy przedmiotów ortopedycznych ( t.j. wózki inwalidzkie, kule, balkoniki) a także bez pomocy osób trzecich \*
- porusza się samodzielnie, ale z pomocą kul inwalidzkich / balkonika \*
- porusza się na wózku inwalidzkim \*
- jest osobą leżącą \*

**a także ma inne trudności w funkcjonowaniu polegające na :**

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

**3) Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone \* poprzez likwidację następujących barier architektonicznych :**

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

**4) Powyższa likwidacja barier wpłynie na poprawę funkcjonowania w następujący sposób:**

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

**5) Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:**

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

.....  
miejscowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* niepotrzebne proszę skreślić