

.....
(pieczęć placówki)

ZAŚWIADCZENIE

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

a) Imię i nazwisko

b) Nr 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 komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na :

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

**3) Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone* poprzez korzystanie
z następujących urządzeń, sprzętów lub programów logopedycznych:**

.....
.....

**4) Posiadanie w/w urządzeń, sprzętu, programów logopedycznych, itp. wpłynie na
poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób :**

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

**5) Uwagi uzupełniające (np. dot. umiejętności posługiwania się przez wnioskodawcę
zalecanym sprzętem) i zalecenia dodatkowe :**

.....
.....

*** niepotrzebne proszę skreślić**

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza/specjalisty

**** Lekarz lub psycholog/pedagog/logopeda – zatrudniony w placówce oświatowej/ośrodku dla dzieci
niepełnosprawnych/organizacji pozarządowej.**