

.....
(pieczęć placówki)

Zaświadczenie

***dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie w celu dofinansowania do likwidacji barier
w komunikowaniu się ze środków PFRON***

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON

Imię i nazwisko.....

PESEL:.....

Miejsce zamieszkania.....

2. Opis rodzaju i przyczyny niepełnosprawności:

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

3. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się z otoczeniem /przekazywaniu informacji

☐ NIE

☐ TAK (proszę o uzasadnienie)

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

4. Rodzaj sprzętów/urządzeń/ pomocy technicznych, które zlikwidują bądź ograniczą trudności w komunikowaniu się:

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

5. Posiadanie w/w urządzeń, sprzętu, itp. wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób:

.....
.....

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis specjalisty *

* Lekarz rodzinny/lekarz specjalista lub psycholog/pedagog/logopeda-zatrudniony w placówce oświatowej/ ośrodku dla dzieci niepełnosprawnych/ organizacji pozarządowej