

.....
(pieczętka placówki)

..... dnia

.....
miejsowość

**Zaświadczenie lekarza specjalisty
dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Wlkp.
w celu dofinansowania ze środków PFRON
do likwidacji barier w komunikowaniu się**

1. Imię i nazwisko

Miejsce zamieszkania

PESEL

2. Ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany (*rozpoznanie choroby - diagnoza w języku polskim*):

.....

.....

.....

ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem polegające na:

.....

.....

co uniemożliwia* /utrudnia* swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji (**właściwe podkreślić*).

3. Trudności te mogą zostać zlikwidowane* /ograniczone* poprzez korzystanie z następującego sprzętu (**właściwe podkreślić*):

- komputera*,
- zestawu głośnomówiący*,
- specjalistycznej klawiatury*,
- zakupu edukacyjnych programów komputerowych*,
- dostęp do internet*,
- inny.....

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty