

.....  
(pieczęć placówki)

**Z a ś w i a d c z e n i e**  
*dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Katowicach 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis specjalisty \*

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