

.....
(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 technicznych ze środków PFRON

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

Imię i nazwisko.....

PESEL:.....

Miejsce zamieszkania.....

2. Opis rodzaju i przyczyny niepełnosprawności:

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

3. Szczegółowy opis trudności jakie posiada Wnioskodawca z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności, w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

4. Rodzaj sprzętów/urządzeń/pomocy technicznych, które zlikwidują bądź ograniczą trudności techniczne:

.....
.....

5. Posiadanie w/w urządzeń, sprzętu, itp. zlikwiduje bariery techniczne w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, tym samym wpłynie na poprawę jej funkcjonowania 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/ ośrodku dla dzieci niepełnosprawnych/ organizacji pozarządowej