

.....
(pieczęć placówki)

Z A Ś W I A D C Z E N I E

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

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

a) Imię i nazwisko.....

b) Data i miejsce urodzenia.....

c) Miejsce zamieszkania.....

2. Ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

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

osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt. 1 ma trudności w komunikowaniu się z
otoczeniem, polegające na:

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

3. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych:

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

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

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

4. 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