

.....
pieczętka Zakładu Opieki Zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie
dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL.....

1) Wnioskodawca ma trudności w poruszaniu się:

☐ **TAK** ☐ **NIE**

2) Niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy:

- ☐ brak jednej kończyny górnej
- ☐ brak dwóch kończyn górnych
- ☐ niedowład jednej kończyny górnej
- ☐ niedowład dwóch kończyn górnych
- ☐ brak jednej kończyny dolnej
- ☐ brak dwóch kończyn dolnych
- ☐ niedowład jednej kończyny dolnej
- ☐ niedowład dwóch kończyn dolnych

- ☐ jednoczesna dysfunkcja kończyn(y) górnej i dolnej
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie:

.....
☐ inna niepełnosprawność (opis)

.....
3) Wnioskodawca porusza się: (zaznaczyć właściwe)

- ☐ samodzielnie
- ☐ za pomocą kuli
- ☐ za pomocą kul
- ☐ za pomocą balkonika
- ☐ na wózku inwalidzkim
- ☐ przy pomocy białej laski
- ☐ z pomocą opiekuna

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza