

.....
(pieczęć placówki)

Z a ś w i a d c z e n i e

dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach w celu dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON

Imię i nazwisko.....,
data urodzenia....., PESEL.....,
miejsce zamieszkania.....

Ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

.....
ww. osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:

.....
.....
.....
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:

.....
miejsceowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza
/lekarza specjalisty
/psychologa/pedagoga