

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
– prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Rodzaj schorzenia(opis).....
.....

4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy
(proszę zakreślić właściwe pole/pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

1	Dysfunkcja obu kończyn górnych - wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych –co najmniej w obrębie przedramienia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
2	Dysfunkcja obu kończyn górnych - znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
3.	Dysfunkcja wzroku- ostrość wzroku (w korelacji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
4.	Dysfunkcja wzroku- zwężenie pola widzenia do 20 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
5.	Dysfunkcja wzroku- ostrość wzroku (w korelacji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,3 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
6.	Dysfunkcja wzroku- ostrość wzroku (w korelacji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
7.	Dysfunkcja wzroku- zwężenie pola widzenia do 30 stopni <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza

8.	Dysfunkcja narządu słuchu- ubytek słuchu w uchu lepszym powyżej 70 decybeli <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
----	--	--------------------------------

....., dnia
(miejsowość) (data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę,
wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku