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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej .............................., dnia ........................

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

*-* ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim, właściwe zaznaczyć znakiem „x”***

1. Imię i nazwisko Pacjenta

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

1. PESEL………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.............................................................................................................…………………..............

............................................................................................................. ………………………….

1. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

...................................................................................................................................................... ………

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

1. Stwierdzam, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania posiadanego orzeczenia pacjenta, jest dysfunkcja narządu ruchu:

|  |  |
| --- | --- |
| O charakterze neurologicznym ( symbol orzeczenia 10-N) | * Tak * Nie |
| Całościowym zaburzeniu rozwojowym ( symbol orzeczenia 12-C) | * Tak * Nie |
| Inne………………………………………………………... | * Tak * Nie |

1. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga oprzyrządowania do posiadanego samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | specjalne siedzenia | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | elektroniczna obręcz przyspieszenia | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | ręczny gaz – hamulec | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | przedłużenie pedałów | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | sterowanie elektroniczne | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | system wspomagania parkowania | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | inne, jakie: | pieczątka, nr i podpis lekarza |

..........................................................., dnia.. ............................ ........................................................................

*Miejscowość pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty*