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

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 słuchu pacjenta (opis):

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

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

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

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

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

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

|  |  |
| --- | --- |
| Ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli | * Tak * Nie |

1. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

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

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

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

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu 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 słuchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | komunikator | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | tablet ze specjalnym oprogramowaniem | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | sygnalizatory i aplikacje z wyłączeniem aparatów słuchowych | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | mobilne sprzęty i urządzenia | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Inne, jakie? | pieczątka, nr i podpis lekarza |

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

*Miejscowość pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty*