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

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 oraz adres zamieszkania

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

1. PESEL………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Zakres dysfunkcji narządu słuchu i trudności w komunikowaniu się (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 sprzętu elektronicznego lub jego elementów oprogramowania dla osoby z dysfunkcja słuchu i trudnościami w komunikowaniu się:

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

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

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

..........................................................., dnia.. ............................ ........................................................................ *Miejscowość pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty*