

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”:

- 1) **Obszar A, Zadanie 4 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu** oraz
- 2) **Obszaru B, Zadanie 4 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania.**

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Adres Pacjenta:

PESEL:.....

1. Informacja o stanie zdrowia:	
a) Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza
b) Ubytek słuchu w uchu prawym wynosi <input type="checkbox"/> poniżej 70 db <input type="checkbox"/> powyżej 70 db	pieczętka, nr i podpis lekarza
c) Ubytek słuchu w uchu lewym wynosi <input type="checkbox"/> poniżej 70 db <input type="checkbox"/> powyżej 70 db	
d) Głuchota – niezdolność odbierania bodźców akustycznych: <input type="checkbox"/> ucha prawego <input type="checkbox"/> ucha lewego <input type="checkbox"/> obu uszu <input type="checkbox"/> nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

A4 - osoby ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, symbol orzeczenia inny niż 03-L

B4 – osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osoby ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy, symbol orzeczenia inny niż 03-L

Załącznik do formularza wniosku
w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”
– Moduł I, Obszar A4, B4

e) Pacjent jest głuchoniemy: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza
f) Pacjent niedosłyszy w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza
g) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza migowego: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)

A4 - osoby ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, symbol orzeczenia inny niż 03-L

B4 – osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osoby ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy, symbol orzeczenia inny niż 03-L