

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- 1) **Obszaru B, Zadanie 1 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania** oraz
- 2) **Obszaru B, Zadanie 3 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania.**

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Adres Pacjenta:

PESEL:.....

1. Informacja o stanie zdrowia:	
a) Pole widzenia pacjenta wynosi:: <input type="checkbox"/> w oku lewym stopni <input type="checkbox"/> w oku prawym stopni <input type="checkbox"/> nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza
b) Pacjent ma ostrość widzenia w oku prawym (w korekcji) <input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> inna: <input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
c) Pacjent ma ostrość widzenia w oku lewym (w korekcji): <input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> inna: <input type="checkbox"/> równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza

B1 – osoba z dysfunkcją narządu wzroku, znaczny stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia inny niż 04-O

- osoby z orzeczeniem do 16 r.ż. z dysfunkcją narządu wzroku

B-3 – osoba z dysfunkcją narządu wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia inny niż 04-O

Załącznik do formularza wniosku
w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”
– Moduł I, Obszar B1, B3

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza
a) Pacjent jest osobą niewidomą: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
(data)

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

B1 – osoba z dysfunkcją narządu wzroku, znaczny stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia inny niż 04-O

- osoby z orzeczeniem do 16 r.ż. z dysfunkcją narządu wzroku

B-3 – osoba z dysfunkcją narządu wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia inny niż 04-O