

.....

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia

(miejscowość)

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

☐ tak

☐ nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

☐ neurologicznym (10-N)

☐ całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)

☐ innych (jakich):

I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

☐ tak

☐ nie

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchową Pacjenta dotyczy:

☐ kończyny dolnej

☐ kończyny górnej

☐ kończyn dolnych

☐ kończyn górnych

☐ inne (jakie):

6. Stwierdza się, że Pacjent jest osobą poruszającą się:

☐ na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna

☐ na wózku inwalidzkim samodzielnie

☐ wyłącznie przy pomocy kul lub balkonika

☐ samodzielnie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć, nr i podpis lekarza)

Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie w ramach obszaru wsparcia A – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu:

(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

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

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)