

.....

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia

(miejsowość)

(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 ruchowa Pacjenta dotyczy:

- kończyny dolnej
- kończyny górnej
- kończyn dolnych
- kończyn górnych
- inne (jakie):

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczętka, 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)

| | | |
|--------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | specjalne siedzenia | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | elektroniczna obręcz przyspieszenia | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | ręczny gaz – hamulec | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | przedłużenie pedałów | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | sterowanie elektroniczne | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | system wspomagania parkowania | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | inne, jakie: | pieczętąka, nr i podpis lekarza |

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętąka, nr i podpis lekarza)