

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis)
.....
4. Wskazany dla Pacjenta przedmiot dofinansowania:
- skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym ☐ TAK ☐ NIE
- oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego ☐ TAK ☐ NIE
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania:

| TAK | NIE | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja narządu ruchu |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Brak możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania |

....., dnia
(miejscowość) (data)

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