……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

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

1. Imię i nazwisko:.....
2. PESEL: ……
3. Uzasadnienie i opis schorzenia potwierdzające, iż ubytek słuchu wynosi powyżej 70 db (decybeli) *(należy wypełnić w przypadku, gdy dysfunkcja narządu słuchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności):*
   ……..
   ……
   ……
4. Ponadto **na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że: *(dotyczy osób ubiegających się o dofinansowanie prawa jazdy):*

1. Pacjent **może samodzielnie** kierować samochodem przystosowanym do rodzaju niepełnosprawności: ☐ **tak** ☐ **nie** ☐ **nie dotyczy*** 2. **Przeciwwskazania** do samodzielnego kierowania samochodem (np. utraty przytomności, epilepsja): .... ☐ **brak przeciwwskazań** ☐ **nie dotyczy***	pieczątka, nr i podpis lekarza

Punkty 5 i 6 dotyczą osób ubiegających się o zakup i montaż oprzyrządowania do posiadanego samochodu:

5. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu .....
   ……..……
   ……..
6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, <u>stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu</u> powodującej niepełnosprawność wymaga oprzyrządowania do posiadanego samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją słuchu**:

☐	tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	sygnalizator	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	dodatkowe oświetlenie	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	komunikatory/tablice	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	oprogramowanie, jakie:	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	aplikacje, jakie:	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Inne, jakie:	pieczątka, nr i podpis lekarza

....., dnia ....
(miejscowość) (data) (pieczątka, nr i podpis lekarza)

** w przypadku niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej* *** należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką*