

....., dnia.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

<input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (osoby dorosłej):</b> ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,	..... pieczętąka, podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (w wieku do 16 roku życia):</b> ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,	..... pieczętąka, podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Pacjent jest osobą niewidomą:</b> <b>osoba niewidoma (zgodnie z definicją programu „Aktywny Samorząd”) –</b> należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z dysfunkcją narządu wzroku: ➢ osoba dorosła - ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni, ➢ osoba w wieku do 16 roku życia - ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni,	..... pieczętąka, podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta:</b> wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia;	..... pieczętąka, podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta:</b> dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	..... pieczętąka, podpis lekarza

- Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:  tak  nie
- Pacjent jest osobą niedowidzącą:  tak  nie

.....  
pieczętąka, nr, i podpis lekarza specjalisty