

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

..... dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta

(opis):.....  
.....

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie pomocnicze oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

pieczętka, nr  
i podpis lekarza

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		uwagi
<input type="checkbox"/>	Komunikatory/tablice wspomagające poprawną komunikację	
<input type="checkbox"/>	Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych ze specjalnym oprogramowaniem dla osoby z dysfunkcją słuchu	
<input type="checkbox"/>	Aplikacje dla osoby niesłyszącej	
<input type="checkbox"/>	Sygnalizator umożliwiający użytkowanie samochodu	
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe oświetlenie dla osoby niesłyszącej	
<input type="checkbox"/>	Wskaźniki optyczne dla osoby niesłyszącej	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	

( proszę zakreślić właściwe pola)

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza