……

Stempel podmiotu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

gdy występuje dysfunkcja narządu wzroku, ale nie stanowi ona podstawy wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

Obszar B zadanie 3

UWAGA: *zaświadczenie musi być wydane przez lekarza okulistę, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.*
Prosimy o czytelne wypełnienie, wyłącznie w języku polskim.

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

lub, w przypadku braku PESEL, cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

…….

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

Dysfunkcja dotyczy jednego oka	☐	Dysfunkcja dotyczy obu oczu	☐	data
Dysfunkcja narządu wzroku w przypadku osoby niepełnosprawnej, gdy dysfunkcja wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności				
Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 Tak ☐ Nie ☐		Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni Tak ☐ Nie ☐		Pieczątka, numer i podpis lekarza