

.....
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

Moduł III zadanie 1

UWAGA: zaświadczenie musi być wydane przez lekarza okulistę, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, 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:

Zakres dysfunkcji narządu wzroku pacjenta (opis):

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku (całkowity lub prawie całkowity brak wzroku) Pacjenta, dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

Dysfunkcja dotyczy jednego oka	<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja dotyczy obu oczu	<input type="checkbox"/>	data
Dysfunkcja narządu wzroku w przypadku osoby z niepełnosprawnością, gdy dysfunkcja wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności				
Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równa lub poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			Pieczętka, numer i podpis lekarza