

.....  
Stempel podmiotu leczniczego

....., dnia ..... r.

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

*gdy występuje dysfunkcja narządu słuchu, ale nie stanowi ona podstawy wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub gdy w Obszarze B, zadanie 4 wniosek dotyczy osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia)*

Obszar A zadanie 4

Obszar B zadanie 4

**UWAGA:** zaświadczenie musi być wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, 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:

Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis): .....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej 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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Występują trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza