

.....
Stempel podmiotu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

dotyczy osoby niepełnosprawnej z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, u której występuje dysfunkcja obu kończyn górnych

Obszar B zadanie 1

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:

.....

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

Dysfunkcja obu kończyn górnych	X	Data	Pieczętka, numer i podpis lekarza
Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	<input type="checkbox"/>		
Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego wynikająca z:	<input type="checkbox"/>		