

.....
Stempel podmiotu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

gdy beneficjentem jest osoba niewidoma, posiadająca znaczny stopień niepełnosprawności lub osoba z orzeczoną niepełnosprawnością do 16 roku życia

Obszar B zadanie 1

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 pieczętą):

Dysfunkcja dotyczy jednego oka <input type="checkbox"/>	Dysfunkcja dotyczy obu oczu <input type="checkbox"/>	data
Dysfunkcja narządu wzroku w przypadku osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 roku życia		
Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pieczętka, numer i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu wzroku w przypadku osoby niepełnosprawnej, gdy dysfunkcja wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności		
Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pieczętka, numer i podpis lekarza