

.....  
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 pieczętą):

Dysfunkcja dotyczy jednego oka <input type="checkbox"/>	Dysfunkcja dotyczy obu oczu <input type="checkbox"/>	data
<b>Dysfunkcja narządu wzroku w przypadku osoby niepełnosprawnej, gdy dysfunkcja wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności</b>		
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