

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta:

.....

2. PESEL:

3. Rodzaj schorzeń i opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu - potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia dot. niepełnosprawności Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu (należy wypełnić w przypadku, gdy dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności).....

.....
.....
.....
.....

4. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do samochodu

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga oprzyrządowania do samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego*:

☐	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka, nr i podpis lekarza

☐	specjalne siedzenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	ręczny gaz – hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	elektryczny hamulec postojowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	uchwyty, gałki montowane na kierownicy	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	sterowanie elektroniczne [piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy; inne urządzenia sterujące (światła, wycieraczki, inne) np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie]	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/zamykania drzwi/klapy	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego (mechaniczne)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	podnośnik, rampa lub platforma do wózka inwalidzkiego (elektroniczne)	pieczętka, nr i podpis lekarza

☐	winda (obowiązek - UDT), winda podpodłogowa	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne), stosownie do potrzeby indywidualnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	system wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	podwyższona konstrukcja dachu	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	obniżona podłoga	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

* należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)