

.....
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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy: ☐ *nie dotyczy*

☐ jednego ucha

☐ obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu: ☐ *nie dotyczy*

☐ w uchu lewym: decybeli

☐ w uchu prawym: decybeli

4. Pacjent z uwagi na dysfunkcję narządu słuchu powodującą 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 słuchu w tym wspomagające komunikację z osobą niesłyszącą (z wyłączeniem aparatów słuchowych) w postaci:

☐	Komunikatory / tablice, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Tablet ze specjalnym oprogramowaniem, jakim:	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Oprogramowanie, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Sygnałizator, jaki:	pieczętka, nr i podpis lekarza

☐	Wskaźniki optyczne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

5. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do samochodu

....., dnia

(miejscowość) (data)

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