

Załącznik nr 2b do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – obszar B zadanie nr 1

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy<sup>1</sup> (**proszę zakreślić właściwe pole/pola  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<b>1</b>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia  <input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<b>2</b>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie <b>obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego</b> , wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)  <input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b>	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Czy schorzenie/niepełnosprawność ma charakter stały/czasowy (proszę uzupełnić słownie): .....

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
 pieczętka, nr i podpis lekarza

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności!**

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

<sup>1</sup> Zaświadczenie lekarskie dotyczy funkcjonowania kończyn górnych u pacjenta.