

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” – obszar C zadanie 5

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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, zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą:**

| <b>TAK</b>               | <b>NIE</b>               |  |                                |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stan zdrowia osoby oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz i wynika z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Brak możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczenia się   | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej   | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)   | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn<br><b>odp. „TAK” - Nie będzie miało negatywnego wpływu</b><br><b>odp. „NIE” - Będzie miało negatywny wpływ</b>   | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego<br><b>odp. „TAK” - Nie ma przeciwwskazań</b><br><b>odp. „NIE” - istnieją przeciwwskazania</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