

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

#### - lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

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:

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 posiadanego 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:

<input type="checkbox"/>	Komunikatory / tablice, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Tablet ze specjalnym oprogramowaniem, jakim:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Oprogramowanie, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Sygnalizator, jaki:	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Wskaźniki optyczne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie: ..... ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

5. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

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

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

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