

.....
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. Przedmiot wniosku:

☐ skuter o napędzie elektrycznym

☐ oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego

4. Zaświadcza się że:

a) osoba z niepełnosprawnością nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się na zewnątrz:

☐ **nie**

☐ **tak** i brak tej możliwości wynika z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych (stan ten wynika ze schorzeń o różnej etiologii- m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe): ☐ **tak** ☐ **nie**

b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością:

☐ **tak**

☐ **nie**

c) korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

☐ **tak**

☐ **nie**

d) korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

☐ **tak**

☐ **nie**

e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania:

☐ **tak**

☐ **nie**

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka i podpis lekarza