Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
Moduł I Obszar A Zadanie 1, Obszar B Zadanie 1

……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……, dnia

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): ……

   ……
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: ……

   ……
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐	**Dotyczy Obszaru A** dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia (*) i polega na …… …… (*) w przypadku osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności; a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności; z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń, np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia:12-C, a także osób niepełnosprawnych posiadających równoważne orzeczenie ZUS z I lub II grupą)	…… pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	**Dotyczy Obszaru B** Wrodzony brak lub amputacja **obu kończyn górnych** co najmniej w obrębie przedramienia	…… pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	**Dotyczy Obszaru B** Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie **obu kończyn górnych** dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe); wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe) objawiająca się…….. ……	…… pieczątka, **nr** i podpis lekarza

……, dnia …… ……

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza