

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM W JEZYKU POLSKIM

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że
(UWAGA! Punkt 3 wypełnić tylko w przypadku, gdy w orzeczeniu nie ma symbolu 03-L)

a) Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu prawym decybeli (db)

w uchu lewym decybeli (db)

b) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

tak nie

c) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

tak nie

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do samochodu takich elementów jak:

a)

b)

c)

Do elementów wyposażenia samochodu wspomagających kierowanie pojazdem dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu należą m.in.: mobilne sprzęty i urządzenia (a także technologie i oprogramowanie), które umożliwiają użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją słuchu, w tym wspomagające poprawną komunikację z osobą niesłyszącą (komunikator, tablet ze specjalnym oprogramowaniem), sygnalizatory i aplikacje, z wyłączeniem aparatów słuchowych.

..... dnia
Miejscowość

.....
pieczętka i podpis lekarza