

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

....., dnia .....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane przez lekarza specjalistę 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. Rodzaj choroby zasadniczej: .....
- .....
- .....

☐ - skuter inwalidzki

☐ - oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:**

- osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania i przemieszczania się,

☐ tak ☐ nie

- zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w jej samodzielnym funkcjonowaniu,

☐ tak ☐ nie

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

☐ tak ☐ nie

- korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn, nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

☐ tak ☐ nie

- nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania.

☐ tak ☐ nie

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczęć, nr i podpis lekarza