

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

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

## 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. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

- tak
- nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

- neurologicznym (10-N)
- całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
- innych (jakich): .....

I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- tak
- nie

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

- kończyny dolnej
- kończyny górnej
- kończyn dolnych
- kończyn górnych
- inne (jakie): .....

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

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

**Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie w ramach obszaru wsparcia A – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do samochodu**

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

**(proszę zakreślić właściwe pola**  **oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)**

<input type="checkbox"/>	Dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Elektrohydrauliczne mechanizmy obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Specjalne siedzenie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ręczny gaz - hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Elektryczny hamulec postojowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Uchwyty, gałki montowane na kierownicy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Sterowanie elektroniczne (piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy; inne urządzenia sterujące [światła, wycieraczki, inne] np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza

**Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” obszar A zadanie 1**

<input type="checkbox"/>	Automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/zamykania drzwi/klapy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Podnośnik, rampa, platforma do wózka inwalidzkiego (mechanicznie)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Podnośnik, rampa, platforma do wózka inwalidzkiego (elektronicznie)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Winda (obowiązek – UDT), winda podłogowa	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne), stosowane do potrzeby indywidualnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	System wspomaganie parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Podwyższona konstrukcja dachu	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżona podłoga	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejsowość )

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza