

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### 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 słuchu pacjenta (opis): .....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie pomocnicze oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że ubytek słuchu Pacjenta wynosi powyżej  
**70 decybeli (db) w uchu lepszym:**

**tak**                       **nie**

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu** powodującej  
niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

<b>Specyfikacja zakupu</b> (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		<b>UWAGI</b>
<input type="checkbox"/>	<b>komunikator wspomagający poprawną komunikację</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>tablet ze specjalnym oprogramowaniem dla osoby z dysfunkcją słuchu</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>sygnalizator umożliwiający użytkowanie samochodu</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>aplikacja dla osoby niesłyszącej</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>inne, jakie:</b>	

**(proszę zakreślić właściwe pola)**

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

(miejscowość )

(data)

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza