

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

....., dnia

### 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. 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):

tak                       nie

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

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

**(proszę zakreślić właściwe pola)**

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

(miejscowość)

(data)

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