

**Załącznik nr 3 do formularza wniosku „P” i „O” w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd” – 2019 r. MODUŁ I obszar A zadanie 1**

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji  
adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim, właściwe zaznaczyć znakiem „x”*

1. Imię i nazwisko pacjenta .....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....

4. Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....

5. Stwierdzam, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania posiadanego orzeczenia pacjenta, jest dysfunkcja narządu ruchu (*o ile dotyczy*):

o charakterze neurologicznym (symbol orzeczenia 10-N)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
całościowym zaburzeniu rozwojowym (symbol orzeczenia 12-C)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
inne .....	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

6. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (*o ile dotyczy*): .....

7. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga **oprzyrządowaniu samochodu** – przez to należy rozumieć dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności adresata programu urządzenia (montowane fabrycznie lub dodatkowo) lub również wyposażenie samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego (*o ile dotyczy*)

<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 do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenie, w tym fotelik dziecięcy	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"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia.....  
*miejsowość*

.....  
*pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty*