

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

.....
(miejscowość i data)

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. Przedmiot wniosku:

- skuter o napędzie elektrycznym
 oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego

4. Zaświadcza się że:

a) osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się na zewnątrz:

nie

tak i brak tej możliwości wynika z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych (stan ten wynika ze schorzeń o różnej etiologii- m.in., amputacji, porażenia mózgowego, chorób neuromięśniowych): **tak** **nie**

b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej:

tak **nie**

c) korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

tak **nie**

d) korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

tak **nie**

e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania:

tak **nie**

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka i podpis lekarza