

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość, 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:

Zgodnie z dokumentem „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu »Aktywny samorząd« w 2019 roku” dofinansowanie w ramach zadania może otrzymać osoba z niepełnosprawnością, której stan zdrowia oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty),

- a) osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)