

.....
Pieczętka 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 2023 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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)