

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu

„Aktywny samorząd” (B1)

(dla osób do 16 roku życia z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych)

- *prosimy zaznaczyć właściwe oraz wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

### 2. W przypadku dysfunkcji narządu wzroku

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że Pacjent posiada następującą dysfunkcją narządu wzroku (właściwe zaznaczyć):

- ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,3:  TAK  NIE

- Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni:  TAK  NIE

.....  
Pieczętka i podpis  
lekarza okulisty

### 3. W przypadku dysfunkcji obu kończyn górnych

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że w przypadku Pacjenta występuje (*proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	<b>pieczętka nr i podpis lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m. in. porażenia mózgowo, choroby neuronów mięśniowe)	