*Załącznik nr 5b dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

Obszar A Zadanie 4

.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **..………………………, dnia**

lub praktyki lekarskiej

**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. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia: ……………………………………………….....................................................................................................................................................................................................................................................................  
……………………………………………………………………………………………………………………….

4.Używane przez Pacjenta środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………

5.Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta     dotyczy:

a) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

b) Pacjent jest osobą głuchoniemą:

tak nie

c) Pacjent jest osobą z dysfunkcją narządu słuchu:

- ucho lewe - ucho prawe

ubytek słuchu poniżej 70 dB  ubytek słuchu poniżej 70 dB

ubytek słuchu powyżej 70 dB ubytek słuchu powyżej 70 dB

Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………dnia .................. ..................................................

pieczątka, nr i podpis lekarza

**dysfunkcji narządu słuchu (w przypadku Obszaru A Zadanie 4 oraz Obszaru B Zadanie 4)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,   
a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu lub wniosek w Obszarze B Zadanie 4 dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku do lat 16 – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę;