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

Obszar B Zadanie 1

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

**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 ruchu pacjenta (opis): ................................................................................................... ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: ....................................................................................................................................................................................................... ………….........................................................................................................................................................................................

**5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych  i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej  i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych,  na wysokości/od:...................................................................  ……………………………………………………………………. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.........................................................................................  ……………………………………………………………………. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:....................................................................  ……………………………………………………………………. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

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

Obszar B Zadanie 1, Zadanie 3

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

**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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do: ....................................................... stopni

w oku prawym do: .................................................... stopni

c ) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi: .......................................................................................

w oku prawym wynosi: .......................................................................................

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak nie

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

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

pieczątka, nr i podpis lekarza

**dysfunkcja narządu wzroku** (**w przypadku Obszaru B Zadanie 1)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia **o znacznym** stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:

* 1. gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, **ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,**
  2. osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia – gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, **ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,**

**dysfunkcji narządu wzroku** (**w przypadku Obszaru B Zadanie 3)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia **o umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – także dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 (lub 0,1) i/lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni, potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza okulistę;