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

Obszar B Zadanie 1, Moduł II

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

**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, Moduł II

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

**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

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

 Obszar B Zadanie 4, Moduł II

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

**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) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

b) Pacjent jest osobą głuchoniemą:

tak nie

c) Pacjent jest osobą z dysfunkcją narządu słuchu:

 w uchu lewym ubytek słuchu poniżej 70 dB

ubytek słuchu powyżej 70 dB

 w uchu prawym ubytek słuchu poniżej 70 dB

 ubytek słuchu powyżej 70 dB

d) Pacjent posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

 tak nie

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

 pieczątka, nr i podpis lekarza

**dysfunkcja obu kończyn górnych** (**w przypadku Obszaru B Zadanie 1)** – należy przez to rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim wydanym przez lekarza specjalistę: wrodzony brak lub amputację obu kończyn dolnych – co najmniej w obrębie przedramienia , a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającą ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe)

**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 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 0,3 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 zwężenie pola widzenia do 30 stopni, potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza okulistę;

**dysfunkcji narządu słuchu** (**w przypadku Obszaru A Zadanie 4 oraz Obszaru B Zadanie 4)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję 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;

 **osoba niewidoma** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z dysfunkcją narządu wzroku,

o której mowa powyżej, z tym, że w przypadku:

1. osoby posiadającej znaczny stopień niepełnosprawności, **ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni,**
2. osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 roku życia, **ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni,**

co musi wynikać z zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez lekarza okulistę