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

Obszar B 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. 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:

ubytek słuchu poniżej 70 dB

ubytek słuchu w granicach 70 dB – 90 dB

ubytek słuchu powyżej 90 dB (głuchota w stopniu głębokim)

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

tak nie

………………………..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 – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db), stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę;