

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
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

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej pacjenta stwierdza się, że:

a) Dla prawidłowej komunikacji w trakcie uczestnictwa w kursie i egzaminie na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza języka migowego:

Tak **Nie**

b) Ubiegającego się o dofinansowanie do zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania Pacjent posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy. Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) :

Tak **Nie**

c) Pacjent spełnia następujące kryteria :

• Dysfunkcja obu uszu, niezdolność do odbierania bodźców akustycznych, głuchota :

Tak **Nie**

• Niezdolność do mówienia (głuchoniemota) :

Tak **Nie**

• Niedosłyszenie w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację :

Tak **Nie**

....., dnia

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Nisku