

....., dnia
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię
2. Nazwisko
3. Pesel

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej Pacjenta z dysfunkcją narządu słuchu stwierdza się, że pacjent spełnia następujące kryteria:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • dysfunkcja obu uszu, niezdolność do odbierania bodźców akustycznych (głuchota) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • niezdolność do mówienia (głuchoniemota) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • niedosłyszenie w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| • ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym* | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

* wypełnić w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia