



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

### 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 i nazwisko Pacjenta .....  
Adres zamieszkania: .....

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:

tak  nie

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że  
niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole )

Ubytek słuchu w uchu lepszym, powyżej 70 decybeli (db)

Ubytek słuchu w uchu słabszym (jaka?): .....

Inna dysfunkcja ucha lewego (jaka?) .....

Inna dysfunkcja ucha prawego(jaka?) .....

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

**Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie w ramach Obszaru A, zadanie 4 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu.**

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu:

*(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)*

<input type="checkbox"/>	Komunikatory/tablice	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Tablet ze specjalnym oprogramowaniem	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Oprogramowanie, jakie?:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Aplikacje, jakie?:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Sygnalizator	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe oświetlenie (kabiny)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wskaźniki optyczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Telefon z możliwością rozmów tekstowych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	System wspomaganie parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....

(miejscowość) (data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)