

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

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 niepełnosprawność Pacjenta **dotyczy:**

- ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)
- ubytek słuchu w uchu lewym, poniżej 70 decybeli (db)
- ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)
- ubytek słuchu w uchu prawym, poniżej 70 decybeli (db)
- dysfunkcja narządu słuchu z trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy
(należy zaznaczyć tylko w sytuacji jeżeli ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli (db)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

UWAGA!

1. Gdy dysfunkcja narządu słuchu nie stanowi wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku gdy orzeczenie wydane jest z innego powodu lub wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej do 16 r. ż - ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę.
2. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
3. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.