***Załącznik nr 3*** *do formularza wniosku „P” i „O” w ramach pilotażowego programu*

*„Aktywny samorząd” – 2018 r. MODUŁ I obszar A zadanie 1*

.........................................................

 stempel zakładu opieki zdrowotnej.............................., dnia ........................

 lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

  *-* ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim, właściwe zaznaczyć znakiem „x”***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .............................................................................................................................................

# PESEL           

1. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): ........................................................................................................ ..........................................................................................................................................................................................
2. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym

zakresie:............................................................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................................................................

1. Stwierdzam, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania posiadanego orzeczenia pacjenta, jest dysfunkcja narządu ruchu:

|  |  |
| --- | --- |
|  o charakterze neurologicznym (symbol orzeczenia 10-N)  |   tak  nie   |
|  całościowym zaburzeniu rozwojowym (symbol orzeczenia 12-C)  |   tak  nie   |
|  inne ..................................................................................................... ............................................................................................................   |   tak  nie   |

1. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (o ile dotyczy) ......................................

 ...........................................................................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................................................................

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga **oprzyrządowania samochodu**, – przez to należy rozumieć dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności adresata programu urządzenia (montowane fabrycznie lub dodatkowo) lub również wyposażenie samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego (o ile dotyczy)

 Str. 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | specjalne siedzenia  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | elektroniczna obręcz przyspieszenia  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | ręczny gaz – hamulec  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | przedłużenie pedałów  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | sterowanie elektroniczne  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | system wspomagania parkowania  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |
|   | inne, jakie:  |    pieczątka, nr i podpis lekarza  |

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

  *Miejscowość pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty*

 2