***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