

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

**UWAGA:** Zaświadczenie wymagane tylko w przypadku gdy wnioskodawca nie posiada przyczyny niepełnosprawności oznaczonej kodem „0-5R” w orzeczeniu o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności.

### 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. Zaświadczam, iż Pacjent cierpi z powodu dysfunkcji narządu ruchu, które są konsekwencją następujących schorzeń o charakterze neurologicznym lub całościowych zaburzeń rozwojowych  
.....  
( proszę podać nazwę schorzenia)
4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....  
.....  
.....;
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

dysfunkcja 4 kończyn	pieczętąka, nr i podpis lekarza
brak obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
znaczący niedowład obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza

	dysfunkcja obu kończyn dolnych	
		pieczętka, nr i podpis lekarza
	osoba porusza się na wózku inwalidzkim	
		pieczętka, nr i podpis lekarza

6. Ponadto - **na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niezbędne jest wyposażenie samochodu w następujące oprzyrządowanie (dotyczy zadania nr 1 obszaru A) :

**(proszę zakreślić właściwe pola )**

	dodatkowe pasy uchwytów ułatwiający wsiadanie i wysiadanie
	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła
	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i ponoszenia nadwozia
	specjalne siedzenia
	elektroniczna obręcz przyspieszenia
	ręczny gaz – hamulec
	przedłużenie pedałów
	sterowanie elektroniczne
	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego
	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników
	system wspomagania parkowania
	Inne , jakie:

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty