

Załącznik nr 3 do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

(dotyczy wszystkich osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawnością, a także wszystkich osób do 16 roku życia, które nie posiadają w orzeczeniu o niepełnosprawności kod 05-R tylko 10-N bądź 12-C)

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

(miejscowość)

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Obszar A Zadanie 1
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że (proszę o zakreślenie znakiem X właściwego pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń o charakterze neurologicznym (symbol: 10-N) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol: 12-C) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga oprzyrządowania do samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwi użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej*:

5.

<input type="checkbox"/>	Dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Specjalne siedzenie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ręczny gaz/hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Elektryczny hamulec postojowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Uchwyty, gałki montowane na kierownicy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Sterowanie elektroniczne [piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy; inne urządzenia sterujące (światła, wycieraczki, inne) np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie]	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/zamykania drzwi/klapy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego (mechaniczne)	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Podnośnik, rampa lub platforma do wózka inwalidzkiego (elektroniczne)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Winda (obowiązek - UDT), winda podpodłogowa	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne), stosownie do potrzeby indywidualnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	System wspomagania parkowania (m.in. kamery, czujniki parkowania, inne niezbędne)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Podwyższona konstrukcja dachu	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżona podłoga	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

*należy zakreślić znakiem X właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą

6. Opinia lekarza o celowości oprzyrządowania samochodu, który osoba niepełnosprawna użytkuje jako kierowca lub pasażer:

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

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

UWAGA!

1. 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.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzić ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.
3. Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.