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

......................................................... .............................., dnia …………….

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej(miejscowość) (dnia)

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” C5

 - ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .................................................................................................................................
2. PESEL ** ** **** **** **** **** **** **** **** **** ****
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: (*proszę zakreślić znakiem ,,x’’ pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

 Stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczenie się na zewnątrz. Brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych (stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii mi.in. amputacje, porażenie mózgowe, choroby neuromięsniow), **proszę podać jakie** …………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………...............................................................

 …………………………………..

 pieczątka, nr i podpis lekarza

|  |
| --- |
| Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania i przemieszczania **tak**  **nie** |
| Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu **tak**  **nie** |
| Korzystanie: ( właściwe zaznaczyć)* ze skutera o napędzie elektrycznym
* z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji i nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu  **tak**  **nie** |

|  |
| --- |
| Korzystanie: ( właściwe zaznaczyć)* ze skutera o napędzie elektrycznym
* z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn **tak**  **nie** |
| * brak przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym
* brak przeciwwskazań medycznych do korzystania z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
* są przeciwwskazania medyczne do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym
* są przeciwwskazania medyczne do korzystania z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
 |
| Pacjent **może** poruszać się:* na skuterze o napędzie elektrycznym
* na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym
 |

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

 (**miejscowość) (data)** pieczątka i podpis lekarz

**UWAGA!**

1. O dofinansowanie do zakupu oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego oraz skutera może ubiegać się osoba, której stan zdrowia oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się, przemieszczanie się na zewnątrz: brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych: stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe).
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.
4. Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.