

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

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ**

dla osób z dysfunkcją narządu słuchu

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu prawym decybeli (db)

w uchu lewym decybeli (db)

b) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

tak nie

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

UWAGA ! Do złożenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu sprzętu elektronicznego lub/i jego elementów oraz oprogramowania w ramach Obszaru B zadanie 4 uprawnione są osoby z dysfunkcją **narządu słuchu**, przez którą należy rozumieć dysfunkcję słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia orzeczenia o niepełnosprawności a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db), **potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę.**