

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ**  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE W JEZYKU POLSKIM**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że  
**(UWAGA! Punkt 3 wypełnić tylko w przypadku, gdy w orzeczeniu nie ma symbolu 03-L)**

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

c) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

tak     nie

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

a) .....

b) .....

c) .....

Do elementów wyposażenia samochodu wspomagających kierowanie pojazdem dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu należą m.in.: mobilne sprzęty i urządzenia (a także technologie i oprogramowanie), które umożliwiają użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją słuchu, w tym wspomagające poprawną komunikację z osobą niesłyszącą (komunikator, tablet ze specjalnym oprogramowaniem), sygnalizatory i aplikacje, z wyłączeniem aparatów słuchowych.

..... dnia .....  
Miejscowość

.....  
pieczętka i podpis lekarza