

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejsowość / nr kodu pocztowego / ulica / nr domu / nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	..... pieczęć i podpis lekarza	<input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	..... pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	..... pieczęć i podpis lekarza	<input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	..... pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Brak jednej lub obu kończyn górnych	..... pieczęć i podpis lekarza	<input type="checkbox"/> Brak jednej lub obu kończyn dolnych	..... pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się¹		..... pieczęć i podpis lekarza	

¹ **dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się** – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i 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 mózgowo, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, iż:

- a) osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,
- b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
- c) korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- d) korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
- e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

W związku z rodzajem niepełnosprawności pacjenta (osoby niepełnosprawnej):

NIE ZALECA SIĘ zaopatrzenia w przedmiot dofinansowania: **skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym² lub oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego³**

ZALECA SIĘ zaopatrzenie w przedmiot dofinansowania: **skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym** lub **oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego** oraz potwierdza się, iż:

- a) osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,
- b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
- c) korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- d) korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
- e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

.....
pieczęć i podpis lekarza

² **skuter o napędzie elektrycznym** – należy przez to rozumieć czterokołowy lub trzykołowy skuter/pojazd o napędzie elektrycznym, także składany/kompaktowy, pełniący funkcję wózka inwalidzkiego przeznaczonego dla osoby niepełnosprawnej ruchowo do poruszania się; skuter wyposażony jest m.in. w oddzielną, nastawną kolumnę kierownicy;

³ **oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego (w przypadku Obszaru C Zadanie 5)** – należy przez to rozumieć przystawne elementy/osprzęt (napęd elektryczny wraz z wyposażeniem, także dodatkowym) możliwe do zamontowania w standardowym wózku inwalidzkim (ręcznym), gwarantujące maksymalne odciążenie przy jeździe, pchaniu lub hamowaniu wózka, także na nierównych nawierzchniach, zwiększające mobilność osoby niepełnosprawnej i umożliwiające samodzielne przemieszczanie się;