

.....

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

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub  
praktyki lekarskiej)

(miejsowość)

(data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

- tak
- nie

4. Następstwem schorzeń **stanowiących podstawę orzeczenia** jest dysfunkcja narządu ruchu:

- tak
- nie

5. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu **jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu** schorzeń o charakterze:

- neurologicznym (10-N)
- całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
- innych (jakich): .....

6. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

- kończyny dolnej
- kończyny górnej
- kończyn dolnych
- kończyn górnych
- inne (jakie): .....

.....

.....

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

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu:

(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<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	
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz - hamulec	
<input type="checkbox"/>	elektryczny hamulec postojowy	
<input type="checkbox"/>	uchwyty, gałki montowane na kierownicy	
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne [piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy; inne urządzenia sterujące (światła, wycieraczki, inne) np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie]	
<input type="checkbox"/>	sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy)	
<input type="checkbox"/>	automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/zamykania drzwi/kłapy	
<input type="checkbox"/>	podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego (mechaniczne)	
<input type="checkbox"/>	podnośnik, rampa lub platforma do wózka inwalidzkiego (elektroniczne)	
<input type="checkbox"/>	winda (obowiązek – UDT), winda podpodłogowa	
<input type="checkbox"/>	mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne) stosownie do potrzeby indywidualnej	
<input type="checkbox"/>	fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	podwyższona konstrukcja dachu	
<input type="checkbox"/>	obniżona podłoga	
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie:	

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

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)