

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Dysfunkcja narządu ruchu, nie będąca przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności, jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń: ☐ tak ☐ nie  
Jeśli tak, prosimy o wskazanie, w jaki sposób objawia się dysfunkcja narządu ruchu: .....  
.....  
.....  
.....

*W przypadku ubiegania się o pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, prosimy o wypełnienie tej części zaświadczenia:*

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

(prosimy zakreślić właściwe pola ☐)

|                          |                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | dodatkowe pasy do mocowania wózka inw., uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie |
| <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, specjalny fotel pasażera (w tym fotelik dziecięcy)            |
| <input type="checkbox"/> | elektroniczna obręcz przyspieszenia                                                |
| <input type="checkbox"/> | ręczny gaz – hamulec                                                               |
| <input type="checkbox"/> | przedłużenie pedałów                                                               |
| <input type="checkbox"/> | sterowanie elektroniczne                                                           |
| <input type="checkbox"/> | podnośnik lub najazd/podjazd/rampa podjazdowa do wózka inwalidzkiego               |
| <input type="checkbox"/> | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników                                   |
| <input type="checkbox"/> | system wspomagania parkowania                                                      |
| <input type="checkbox"/> | inne (jakie?):                                                                     |

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza