

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 powyżej 70 decybeli (db) **w uchu lepszym**

☐ tak ☐ nie

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

☐ tak ☐ nie

4. **Uwagi:**

....., dnia

(**miejscowość**)

(**data**)

pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty

• Zgodnie z ust. 31 pkt 6) „Kierunków działań (...) w 2025 roku” dysfunkcja narządu słuchu (w przypadku obszaru A zadanie 4 i obszaru B zadanie 4) – należy przez to rozumieć dysfunkcję stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu, lub wniosek w obszarze B zadanie 4 dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 r.ż.– ubytek słuchu powyżej **70 decybeli (db) w uchu lepszym** potwierdza zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę.

• Zgodnie z rozdziałem VI ust. 1 pkt 2 lit d tiret 3 programu „Aktywny samorząd” warunkiem uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie w Module I Obszar B, zadanie 4 są **trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy**.