

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

### 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) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:  jednego oka  obydwu oczu

b) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej **0,05**  
 tak  nie

**lub**

c) Pacjent ma zwężenie pola widzenia do **20 stopni**:  tak  nie

**albo**

d) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej **0,1**  
 tak  nie

e) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej **0,3**  
 tak  nie

**lub**

f) Pacjent ma zwężenie pola widzenia do **30 stopni**:  tak  nie

**Pacjent jest osobą niewidomą\*:**  tak  nie

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

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza okulisty

\*Zgodnie z definicją programu Aktywny samorząd **osobą niewidomą** jest osoba z dysfunkcją narządu wzroku w zakresie:

- osoba dorosła posiadająca znaczny stopień niepełnosprawności – gdy ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni

- osoba do 16 roku życia – gdy ostrość wzroku w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni