……

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:

osoba niewidoma ☐ **osoba głuchoniewidoma** ☐	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu wzroku – **obniżona ostrość wzroku (w korekcji w oku lepszym)** ☐ ostrość wzroku równa lub poniżej 0,05 (dot. osób powyżej 16 r.ż.) ☐ ostrość wzroku równa lub poniżej 0,3 (dot. osób do 16 r.ż.) ☐ ostrość wzroku równa lub poniżej 0,1 (dot. osób niewidomych do 16 r.ż.) ☐ nie dotyczy (nie występuje żadna z ww. dysfunkcji)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu wzroku – **zwężenie pola widzenia** ☐ zwężenie pola widzenia do 20 stopni (dot. osób powyżej 16 r.ż.) ☐ zwężenie pola widzenia do 30 stopni (dot. osób do 16 r.ż.) ☐ nie dotyczy (nie występuje żadna z ww. dysfunkcji)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐ Inne schorzenie: …… …… …… …… ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

Uwaga!

Do złożenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania uprawnione są osoby:

1) Z dysfunkcją **narządu wzroku**, przez którą należy rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:
   a) **gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności,** ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,
   b) **osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia** – gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,
2) Osoby niewidome:
   a) **Osoby posiadające znaczny stopień niepełnosprawności,** ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni,
   b) **osoby niepełnosprawne w wieku do 16 roku życia**, ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni,

Zaświadczenia wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta