

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - programu „Aktywny samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL _ _ _ _ _

3. Adres zamieszkania Wnioskodawcy:

.....
.....

4. Rodzaj niepełnosprawności:

.....
.....

5. Zakres dysfunkcji narządu słuchu lub mowy (w zakresie trudności w komunikowaniu się) pacjenta –opis:

.....
.....

6. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**):

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) | ☐ tak | ☐ nie |
| b) ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) | ☐ tak | ☐ nie |
| c) inna dysfunkcja ucha lewego | ☐ tak | ☐ nie |
| d) inna dysfunkcja ucha prawego | ☐ tak | ☐ nie |
| e) niezbędne jest wsparcie Pacjenta w formie usługi tłumacza migowego | ☐ tak | ☐ nie |

Uwagi dodatkowe:

.....

....., dnia
(miejscowość) (data) pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie