

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie

w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!” Mieszkanie dla absolwenta

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Nr PESEL Pacjenta: ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że Pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: tak nie
4. Uwagi:

.....
PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA

1 Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu ruchu lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ). Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!” Mieszkanie dla absolwenta, wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu ruchu w stopniu wymagającym korzystania z wózka inwalidzkiego, która posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub równoważne), które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż O5-R (lub orzeczenie nie wskazuje przyczyny niepełnosprawności). Bez zaświadczenia wystawionego/ potwierdzonego przez lekarza w tym przypadku, wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy rodzaj schorzenia/ niepełnosprawności ma charakter stały, a brak możliwości poruszania się bez użycia wózka inwalidzkiego (w stopniu wskazanym w pkt 3) został potwierdzony zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie). Uzupełnienie pkt 4 zaświadczenia nie jest wymagane.