

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**(dotyczy osób, których dysfunkcja narządu słuchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz osób do 16 roku życia)**

**wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu i trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy <sup>1</sup>	Pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia ..... 20.....r.  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

<sup>1</sup> Adresatem programu jest osoba z dysfunkcją narządu słuchu powyżej 70 decybeli i trudnościami w komunikowaniu się z pomocą mowy.