

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane 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 stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  nie dotyczy

w oku lewym do: ..... stopni

w oku prawym do: ..... stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  nie dotyczy

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą

tak  nie

d) Pacjent jest osobą niewidomą

tak  nie

Według kierunków działań i warunków brzegowych (...) programu „Aktywny samorząd” osoby niepełnosprawne wymienione w lit. a i lit. b są traktowane jako **osoby niewidome**.

a) osoba niepełnosprawna z ostrością wzroku ( w korekcji ) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,

b) osoba niepełnosprawna w wieku do 16 roku życia z ostrością wzroku ( w korekcji ) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni.

....., dnia .....

.....

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr\_i podpis lekarza