

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie

w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!” Dostępne mieszkanie

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Nr PESEL Pacjenta: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się brak możliwości samodzielnego poruszania się przez Pacjenta bez użycia wózka inwalidzkiego².
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!” Dostępne mieszkanie, 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.

2 **Brak możliwości samodzielnego poruszania się przez Pacjenta bez użycia wózka inwalidzkiego dotyczy wyjścia z mieszkania, z budynku oraz poruszania się na zewnątrz budynku.**