

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” - dotyczy osób z dysfunkcją narządu słuchu

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Adres zamieszkania :

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

U pacjenta występuje jednoczesna dysfunkcja narządu słuchu oraz trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego:

TAK NIE

<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)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Jaśle