

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B1)

dotyczy osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia z dysfunkcją narządu wzroku

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim –

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole):

Pacjent jest osobą niewidomą	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

I. Wypełnić jeżeli dotyczy osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI (należy wskazać wg skali Snellena)	
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym jest równa lub poniżej 0,05
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym jest równa lub poniżej 0,05
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA	
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym

II. Wypełnić jeżeli dotyczy osoby w wieku do 16 roku życia

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI (należy wskazać wg skali Snellena)	
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym jest równa lub poniżej 0,1
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym jest równa lub poniżej 0,1
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA	
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym

.....
(miejscowość i data)

.....
pieczętka, nr i podpis

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku