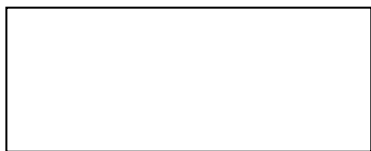


Obszar B 1 - osoby do 16 roku życia (wszystkie)



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny
samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i Nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu)

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że **dysfunkcja
narządu wzroku Pacjenta dotyczy:**

☐ **jednego oka**

☐ **obydwu oczu**

a) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej

0,1:

☐ **Tak** ☐ **Nie**

b) Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni:

☐ **Tak** ☐ **Nie**

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ **niedowidząca** ☐ **niewidomą** ☐ **głuchoniewidomą**

**Jeśli tak, pacjent jest uznany (zgodnie z Kierunkami programu Aktywny Samorząd
PFRON) za osobę niewidomą.**

..... dnia.....

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęć, podpis lekarza

Informacja

*Wyciąg z dokumentu programowego „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów
pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2021 roku”:*

*8) dysfunkcja narządu wzroku (w przypadku Obszaru B Zadanie 1) – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku
stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku (...):*

*b) osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia – gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie
wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma
ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni*