

**Załącznik do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł**

**I Obszar E**, składany w celu rozpatrzenia wniosku

Miejscowość:

Data (dd-mm-rrrr):

**Zaświadczenie o korzystaniu ze świadczenia zdrowotnego**

Imię pacjenta:

Nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

**Potwierdzam:**

Pacjent na dzień wystawienia zaświadczenia korzysta ze świadczenia zdrowotnego udzielanego w warunkach domowych przez (zaznacz właściwe):

- zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie
- zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie
- poradnię/ ośrodek/ zespół domowego leczenia tlenem
- hospicjum domowe
- opiekę paliatywną pielęgniarską
- opiekę długoterminową
- na podstawie zalecenia lekarza specjalisty

Świadczenie jest udzielane w terminie (wpisz daty albo zaznacz właściwe):

Od dnia (dd-mm-rrrr):  Do dnia (dd-mm-rrrr):

nieokreślonym (bezterminowo) od dnia:

Pacjent korzysta w miejscu zamieszkania/ stałego pobytu z następującego urządzenia (zaznacz właściwe):

- koncentratora tlenu
- respiratora

**Pieczęć** świadczeniodawcy i **podpis osoby** upoważnionej, lub

**Pieczęć i podpis** lekarza lub lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty lub pielęgniarki z zespołu realizującego świadczenie

**Nazwa i adres świadczeniodawcy:**

Nazwa:

Ulica:

Miejscowość:  Kod pocztowy: