*Załącznik*
*do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON*
*usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika*

..... ……., dnia ……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*
***usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika***

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: ……

PESEL: ……

Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:

– ☐ słuchu

– ☐ mowy

– ☐ inne (jakie)

……

……

……

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika (zaznaczyć właściwe):

– ☐ nie

– ☐ tak – uzasadnienie:

….....

….....

….....

….....

..... ……..
(data) (pieczęć i podpis lekarza )