

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON
USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO/TŁUMACZA – PRZEWODNIKA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu
– **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcji narządu wzroku: całkowita, częściowa,

dysfunkcji narządu słuchu: całkowita, częściowa,

dysfunkcji narządu mowy,

innych dysfunkcji ograniczających komunikowanie się osoby, która wymaga wsparcia tłumacza języka migowego/tłumacza – przewodnika:

2. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

3. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następującej usługi:

tłumacza języka migowego, tłumacza – przewodnika, nie dotyczy

4. Czy schorzenie/dysfunkcja ma charakter stały/czasowy (proszę uzupełnić):

.....
miejsowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

UWAGI:

Niniejsze zaświadczenie nie jest dokumentem decydującym o sposobie rozpatrzenia wniosku.

¹ załącznik do wniosku o dofinansowanie tłumacza języka migowego/tłumacza – przewodnika, ważny od 1 stycznia 2016r./bez zmian od 2017 roku