

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

PESEL

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: całkowita częściowa,

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

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

tłumacza języka migowego, tłumacza – przewodnika, nie dotyczy

3. Czy dysfunkcja/dysfunkcje powodująca/e trudności w komunikacji ma/mają charakter

(proszę uzupełnić) **stały/czasowy**

.....
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, na rok 2020r.