(stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej)

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(wydane na potrzeby MOPS Bielsko-Biała)

Imię i Nazwisko pacjenta: ……………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………….

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………..

Pacjent posiada schorzenie

* Słuchu
* Mowy
* Inne (jakie? ……………………………………………………………………………………..)

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika w związku z indywidualnymi potrzebami:

* Nie
* Tak - uzasadnienie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………….. ………….……………………………………………

Data (Pieczątka i podpis lekarza
 wystawiającego zaświadczenie)