*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 )