

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

do potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

Dysfunkcja wzroku - jaka?

.....

.....

.....

Dysfunkcja słuchu – jaka?

.....

.....

.....

Dysfunkcja mowy – jaka?

.....

.....

.....

Inna dysfunkcja, jaka?

.....

.....

.....

Uzasadnienie celowości dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika - osoba komunikuje się z otoczeniem za pomocą:

- PJM (polski język migowy)
- SJM (system językowo – migowy)
- SKOGN (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych)

.....
miejsowość i data

.....
pieczęćka i podpis lekarza