

.....  
(Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

....., dnia .....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę z niepełnosprawnością  
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gorlicach  
o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
(prosimy wypełnić **czytelnie** w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

PESEL

Adres zamieszkania .....

1. Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje (zakreślić właściwe):

- zaburzenia głosu, mowy,
- choroby słuchu
- inne (jakie?) .....
- .....

2. Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika (zakreślić właściwe):

- nie,
- tak - uzasadnienie:  
.....  
.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza