

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Ośrodka Pomocy Społecznej w Rybniku w celu ubiegania się
przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego
lub tłumacza przewodnika
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że
niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- ☐ słuchu
☐ mowy
☐ inne (jakie)
☐

.....

-
☐ osoba niesłysząca ☐ osoba niedosłysząca ☐ osoba niewidoma
☐ osoba niedowidząca ☐ osoba głuchoniewidoma

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług
tłumacza - przewodnika (zaznaczyć właściwe):

- ☐ nie
☐ tak – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....
miejscowość i data pieczęć i podpis lekarza
* właściwe zakreślić znakiem X