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

 *pieczęć zakładu opieki zdrowotnej miejscowość, data*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY**

wydane dla potrzeb PCPR (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. **Imię i nazwisko** …………………………………………….………………………………
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu Pacjenta

 osoba z dysfunkcją słuchu

 osoba z dysfunkcją mowy

 inna dysfunkcja

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

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

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

1. Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza jeżyka migowego lub usług tłumacza

przewodnika:

 Nie

 Tak – uzasadnienie:

 doświadczająca stale lub okresowe trudności w komunikowaniu się wynikających
 z niepełnosprawności,

której potrzeby wynikające z niepełnosprawności, mogą być zrealizowane dzięki dofinansowaniu usług tłumacza języka migowego, co umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontakty z otoczeniem.

 ……………………………………………………......

 *Pieczęć i podpis lekarza specjalisty*

\* na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej proszę zakreślić właściwe pola.