

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
usług tłumacza migowego/tłumacza przewodnika

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb MOPS w Łodzi

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Pesel	
Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:	☐ słuchu ☐ mowy ☐ inne (jakie)
Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:	☐ nie ☐ tak – uzasadnienie:

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)