

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....

Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu na okoliczność dofinansowania
do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

1. Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:

- ☐ słuchu

- ☐ mowy

- ☐ wzroku

- ☐ inne (jakie)

.....
.....
.....

2. Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego - ☐ lub usług
tłumacza – przewodnika - ☐ (należy zakreślić właściwą usługę):

- ☐ TAK - uzasadnienie:

.....
.....
.....

- ☐ NIE - uzasadnienie:

.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie