

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....  
miejsowość ) (data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- dotyczy osób z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Adres zamieszkania : .....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**  **oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

U pacjenta występuje jednoczesna dysfunkcja narządu słuchu oraz trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego:

TAK  NIE

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

<sup>1</sup> Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Jaśle