

אישור על מוגבלות

הנני לאשר, כי _____ מס' ת.ז. _____,

הוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998,

ונזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו.

תאריך _____ חתימה וחותמת הרופא _____