…………………………………… ………………………………………………

Imię i nazwisko miejscowość, data

…………………………………..

Adres zamieszkania

…………………………………..

Adres e-mail/nr faksu

**WNIOSEK**

**O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB INNEGO ŚRODKA**

**KOMUNIKOWANIA SIĘ**

Zgodnie z art. 12 ust.1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. Nr 209 poz. 1243 ze zm.) ZGŁASZAM CHĘĆ SKORZYSTANIA Z USŁUGI TŁUMACZA:

1. POLSKIEGO JĘZYKA MIGOWEGO (PJM),
2. SYSTEMU JĘZYKOWO-MIGOWEGO (SJM),
3. SPOSOBU KOMUNIKOWANIA SIĘ OSÓB GŁUCHONIEMYCH (SKOGN)\*

W CELU ZAŁATWIENIA SPRAWY (KRÓTKI OPIS SPRAWY DO ZAŁATWIENIA W URZĘDZIE)

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

PROPONOWANY TERMIN REALIZACJI USŁUGI …………………………………………………………………….

SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OSOBĄ UPRAWNIONĄ: \*

1. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ…………………………………………………………………………………
2. NUMER FAKSU ………………………………………………………………………………………………………….
3. TELEFONICZNIE PRZEZ OSOBĘ TRZECIĄ NA NR…………………………………………………………….

JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM,ŻE JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ W ROZUMIENIU USTAWY Z DNIA 27 SIERPNIA 1997R. O REHABILITACJ ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ ZATRUDNIENIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (DZ. Z 2011R. NR 127, POZ. 721 I NR 171, POZ. 1016).

ZGŁOSZENIE NALEŻY ZŁOŻYĆ CO NAJMNIEJ NA 3 DNI ROBOCZE PRZED DEKLAROWANYM TERMINEM SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA WYBRANEJ METODY KOMUNIKOWANIA SIĘ.

TERMIN SPOTKANIA ZOSTANIE POTWIERDZONY ZA POMOCĄ WYBRANEGO PRZEZ PANA/-Ą SPOSOBU KOMUNIKOWANIA SIĘ.

 ………………………………………………………….

 PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ