

Zgłoszenie przez osobę uprawnioną chęci skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM, SJM, SKOGN

Adresat (nazwa organu):

.....

Imię i nazwisko zgłaszającego:

.....

Adres zamieszkania zgłaszającego:

.....

Dane kontaktowe:

adres e-mail

.....

lub numer telefonu osoby słyszącej, upoważnionej do kontaktów

.....

Wybrana metoda komunikowania się (zaznaczyć):

- PJM – polski język migowy
- SJM – system językowo-migowy
- SKOGN – sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych

Zwięzłe określenie rodzaju sprawy:

.....

.....

.....

.....

.....

Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina):

.....

Oświadczenie

Jestem osobą uprawnioną do skorzystania z bezpłatnej pomocy

- Tak
- Nie

Data i podpis zgłaszającego:

.....

Objaśnienia:

Osoba uprawniona – to osoba doświadczająca trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się.

Świadczenie usług tłumacza PJM, SJM i SKOBN jest bezpłatne dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.