………………………………………………………..

Imię i nazwisko

………………………………………………………..

…………………………………….………………….

Adres zamieszkania

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**w Białymstoku**

**WNIOSEK O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN**

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824).

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

PJM – polski język migowy – należy przez to rozumieć naturalny wizualno-przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych.

SJM – system językowo-migowy – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną.

SKOGN – sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu.

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie mi terminu wizyty w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku, podczas której będzie mi potrzebna pomoc tłumacza.

1. Zakres oczekiwanej pomocy – do załatwienia jakich spraw będzie potrzebna pomoc:

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

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

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

2. Metoda komunikowania się:

* tłumacz PJM
* tłumacz SJM
* tłumacz SKOGN

3. Planowany termin wykonania świadczenia:

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

4. Nr telefonu (w tym od osoby upoważnionej do kontaktu):

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

5. Adres e-mail:

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

6. Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej: posiadam / nie posiadam\*.

Białystok, dnia…………………….

Podpis osoby uprawnionej …………………………………………

\* Niepotrzebne skreślić.