|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| . |  | . |
| imię i nazwisko |  | miejscowość i data |
| . |  |  |
| adres zamieszkania |  |  |
| . |  |  |
| adres e-mail lub nr fax |  |  |

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB INNEGO ŚRODKA KOMUNIKOWANIA SIĘ**

Zgodnie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2017r., poz. 1824 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 załatwienia sprawy w Urzędzie):

|  |  |
| --- | --- |
| . | |
| . | |
| . | |
|  | |
| Proponowany termin realizacji usługi | . |

Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną: \*

|  |  |
| --- | --- |
| adres poczty elektronicznej | . |
| numer faxu | . |
| telefonicznie przez osobę trzecią na nr | . |

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020 r., poz. 426).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | . |
|  |  | Podpis osoby uprawnionej |

Zgłoszenie należy złożyć co najmniej na 3dni robocze przed deklarowanym terminem skorzystania ze świadczenia wybranej metody komunikowania się.

Termin spotkania zostanie potwierdzony za pomocą wybranego przez Pana/Panią sposobu komunikowania się.

\*-właściwe wypełnić