

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU KORZYSTANIA Z POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

1. imię i nazwisko:
2. adres zamieszkania:
3. adres e-mail lub numer faksu do kontaktu:
4. numer telefonu kontaktowego do osoby przybranej:.....
5. rodzaj orzeczenia o niepełnosprawności:
 kwalifikujące przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki), *)
 o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, *)
 wydane przed ukończeniem 16 roku życia. *)
6. cel wizyty i temat sprawy:
-
-
7. metoda komunikowania się za pośrednictwem tłumacza posługującego się:
 PJM - polski język migowy, *)
 SJM - system językowo migowy, *)
 SKOIGN - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych. *)
8. preferowany termin spotkania (data, godzina):
.....
- Inne propozycje

UWAGA!

Warunkiem skorzystania z bezpłatnego świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOIGN jest okazanie oryginału orzeczenia, o którym mowa w pkt 5.

.....
(data, podpis)

ADNOTACJE URZĘDOWE:

- Miejsce spotkania /adres, nr pokoju/:
- Ustalony termin spotkania:
- Usługę świadczyć będzie:
- Uwagi:
-

*) zaznaczyć właściwe wstawiając znak X