

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, *)
☐ SKOGN - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych. *)
8. preferowany termin spotkania (data, godzina):
.....
Inne propozycje

UWAGA!

Warunkiem skorzystania z bezpłatnego świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOGN 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