

Dane osoby zgłaszającej:

.....

(miejscowość i data)

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(nr tel.)

ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUGI TŁUMACZA

PJM, SJM LUB SKOGN*

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824), zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza następującej metody komunikowania się**:

1. Polski język migowy (PJM),
2. System językowo-migowy (SJM),
3. System komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN),

w celu załatwienia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich następującej sprawy:

.....

.....

Proponuję termin realizacji usługi:

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.).

.....

(podpis osoby zgłaszającej)

* formularz stanowi sugerowany wzór zgłoszenia chęci skorzystania z usługi tłumacza języka migowego

** właściwe podkreślić