**Urząd Gminy Dmosin**

 **Dmosin 9**

 **95-061 Dmosin**

|  |
| --- |
| **ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA MIGOWEGO PJM1), SJM2), SKOGN3)** |
| **Imię i nazwisko osoby uprawnionej4)** |  |
| **Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną****lub****imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszącej,** upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej |  |
| **Adres**  **korespondencyjny** |  |
| **Zwięzłe określenie rodzaju sprawy,** **jaką chce się załatwić** |  |
| **Wybrana metoda komunikowania się** |  |
| **Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)** |  |
| Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27.08.1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*5). **……………….…., dnia ...................... ………………………….** **(miejscowość)** **(podpis)** |

**Objaśnienia:**

**1) PJM**  **–** polski język migowy.

**2) SJM** **–** system językowo-migowy.

**3) SKOGN –** sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych.

**4) Osoba uprawniona –** osoby doświadczające trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się

**5) Świadczenie usług tłumacza** PJM, SJM i SKOGN **jest bezpłatne** dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.