**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.