

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Kochanowice, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....

.....
Nr telefonu komórkowego - kontakt sms lub adres e-mail

**Wójt Gminy
Kochanowice**

W N I O S E K

O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA

na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych
środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. nr 209 poz. 1243)

1. Termin udzielenia świadczenia:

.....

2. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się *:

☐ polski język migowy (PJM);

☐ system językowo-migowy (SJM);

☐ sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

3. Rodzaj sprawy:

.....

.....

.....

.....
/podpis/

* właściwie zaznaczyć