

## **Wniosek o zapewnienie bezpłatnej pomocy tłumacza PJM, SJM, SKOGN**

Dane kontaktowe osoby uprawnionej

Imię:

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Preferowany sposób komunikacji z osobą uprawnioną

Kontakt telefoniczny, nr tel.

Kontakt SMS, nr tel.

Poczta elektroniczna, adres e-mail

Opis sprawy, z którą osoba uprawniona chce się zgłosić

Krótki opis sprawy/problemu/zgłoszenia:

Proponowany termin spotkania

Data, godzina

Metoda komunikacji

PJM (Polski język migowy)

SJM (System językowo-migowy)

SKOGN (Sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych)

**UWAGA!!!** Świadczenie 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).