**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU KORZYSTANIA Z POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

1. **imię i nazwisko:** ………………………………………………………………………………………….
2. **adres zamieszkania:** …………………………………………………………………………………………
3. **adres e-mail lub numer faksu do kontaktu:**

……………………………………………………………………………………………..

1. **numer telefonu kontaktowego do osoby przybranej:**…………………………………………………………………………..
2. **rodzaj orzeczenia o niepełnosprawności\*/właściwe podkreślić/:**

* kwalifikujące przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki),
* o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów,
* wydane przed ukończeniem 16 roku życia.

1. **cel wizyty i temat sprawy:**

…………………………………………………………........................................................

………………………………………………………………………………………………….. ......………………………………………………………………………………………………

1. **metoda komunikowania się\*/zaznaczyć właściwą/ za pośrednictwem tłumacza posługującego się:**

* PJM - polski język migowy,
* SJM - system językowo migowy,
* SKOGN - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych.

1. **preferowany termin spotkania /data, godzina/:**

……………………………………………………………………………………………

Inne propozycje ……………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

Warunkiem skorzystania z bezpłatnego świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOGN jest okazanie oryginału orzeczenia, o którym mowa w pkt 5.

……………………………

(data, podpis)

**ADNOTACJE URZĘDOWE**:

Miejsce spotkania /adres, nr pokoju/:

…………………………………………...................…………

Ustalony termin spotkania: ………………………………………………………………….…………

Usługę świadczyć będzie:

…....................................................................................................................................

Uwagi:

……………………………………………..........................................................................