

## ZGŁOSZENIE

### ZAMIARU KORZYSTANIA Z POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

1) imię i nazwisko: .....

2) adres zamieszkania: .....

3) adres e-mail lub numer faksu do kontaktu: .....

4) numer telefonu kontaktowego do osoby przybranej:.....

5) 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.

6) cel wizyty i temat sprawy: .....

.....  
.....

7) metoda komunikowania się\*/zaznaczyć właściwą/ za pośrednictwem tłumacza  
posługującego się:

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

8) 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: .....