



Starosta Gliwicki

ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA PJM¹⁾, SJM²⁾, SKOGN³⁾

Imię i nazwisko osoby uprawnionej⁴⁾			
Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną lub imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszającej, upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej			
Adres korespondencyjny			
Proszę wskazać rodzaj porady	PORADA PRAWNA <input type="checkbox"/>	PORADA OBYWATELSKA <input type="checkbox"/>	
Wybrana metoda komunikowania się	POLSKI JĘZYK MIGOWY <input type="checkbox"/>	SYSTEM JĘZYKOWO- MIGOWY <input type="checkbox"/>	SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ OSÓB GŁUCHONIEWIDOMYCH <input type="checkbox"/>
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.