**Zgłoszenie**

**zamiaru korzystania z pomocy tłumacza języka migowego.**

1. Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………

1. Adres zamieszkania:

………………………………………………………………………………………

1. Adres e-mail:

………………………………………………………………………………………

1. Numer telefonu do osoby przybranej …………………………………………..
2. Rodzaj orzeczenia – właściwe podkreślić:
3. kwalifikujące przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki),
4. o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów,
5. wydane przed ukończeniem 16 roku życia.
6. Cel wizyty i temat sprawy:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1. Metoda komunikowania się, właściwe podkreślić:
2. PJM – polski język migowy
3. SJM – system językowo migowy
4. SKOGN - sposób komunikowania się osób głuchoniemych.
5. Proponowany termin spotkania (data, godzina)

………………………………………………………………………………………

**UWAGA !**

Warunkiem skorzystania z bezpłatnego świadczenia tłumacza jest okazanie oryginału orzeczenia o którym mowa w pkt. 5.

……………………………………….

Data, podpis