Wzór wniosku o zapewnienie usługi tłumacza języka migowego

…………………………………., dnia …………….

***Urząd Gminy Iwanowice***

***Ul. Ojcowska 11***

***32-095 Iwanowice***

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

Na zasadach określonych w art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. 2017 poz.1824) wnioskuję o możliwość skorzystania z usług tłumacza (PJM, SJM, SKOGN).

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

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

1. Adres osoby uprawnionej:

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

1. Dane kontaktowe umożliwiające potwierdzenie wizyty przez pracownika Urzędu Gminy (nr telefonu, adres email):

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

1. Termin wizyty w urzędzie (nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia wpływu wniosku o Urzędu Gminy):

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

1. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się (podkreślić właściwe):
2. polski język migowy (PJM);
3. system językowo-migowy (SJM);
4. sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
5. Zakres oczekiwanej pomocy (rodzaj sprawy):

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

…………………………………………………

(podpis)