Urząd Miejski w Halinowie

POWIADOMIENIE O CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej |  | | |
| Numer telefonu komórkowego lub numer telefonu osoby słyszącej upoważnionej do kontaktów z osobą uprawnioną | ­­­­­ | | |
| Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej | Posiadam | Nie posiadam |
| Adres zamieszkania |  | | |
| Zwięzłe określenie rodzaju sprawy, jaką chce się załatwić w Urzędzie Miejskim w Halinowie |  | | |
| Wybrana metoda komunikowania się | PJM | SJM |
| Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina) |  | | |
| ……………………………………………………………  (miejscowość) | …………………………………………  podpis osoby uprawnionej | | |

**Objaśnienia:**

Osoby uprawnione - to osoby doświadczające trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się. Świadczenie usług tłumacza PJM, SJM i SKOGN jest bezpłatne dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

PJM - polski język migowy.

SJM - system językowo-migowy.