

**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:  
 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 za pośrednictwem tłumacza posługującego się:  
 PJM - polski język migowy, \*)  
 SJM - system językowo migowy, \*)  
 SKOIGN - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych. \*)
8. preferowany termin spotkania (data, godzina):  
.....  
Inne propozycje .....

**UWAGA!**

Warunkiem skorzystania z bezpłatnego świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOIGN 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: .....
- .....

\*) zaznaczyć właściwe wstawiając znak X