

....., dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

.....
(nr telefonu osoby upoważnionej
do kontaktu)

**Dom Pomocy Społecznej
w Więckowicach
Ul. słoneczna 3
32-082 Więckowice**

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM ,SKOGN**

1. Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jednolity Dz.U. Dz. U. z 2017 r., poz. 1824), zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:*

- a) polskiego języka migowego (PJM)
- b) systemu językowo-migowego (SJM)
- c) sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data/ godzina)

3. Cel wizyty w urzędzie, rodzaj sprawy, numer sprawy

.....
.....
.....
.....

Jednocześnie oświadczam, iż **jestem osobą uprawnioną** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1824) oraz **jestem/nie jestem ** osobą niepełnosprawną** w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2020 roku, poz. 426).
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....

(czytelny podpis)

Uwagi:

* zaznaczyć właściwe

** zakreślić właściwe