



GMINA CHEŁM

ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA PJM₁), SJM₂), SKOGN₃)

| | | | |
|---|---|--|---|
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej⁴⁾ | | | |
| Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną lub imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszającej, upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej. | | | |
| Adres korespondencyjny | | | |
| Zwięzłe określenie rodzaju sprawy, jaką chce się załatwić. | | | |
| Wybrana metoda komunikowania się | Polski język migowy <input type="checkbox"/> | System językowo-migowy <input type="checkbox"/> | Sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych <input type="checkbox"/> |
| Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina) | | | |
| Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych ⁵⁾ . | | | |
| dnia: | | podpis | |

OBJAŚNIENIA:

- 1) **PJM** – polski język migowy.
- 2) **SJM** – system językowo-migowy.
- 3) **SKOGN** – sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych.
- 4) **Osoba uprawniona** – osoby doświadczające trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się
- 5) **Świadczenie usług tłumacza PJM, SJM i SKOGN jest bezpłatne** dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.