**ZGŁOSZENIE ŚWIADCZENIA**

**POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA PJM, SJM i SKOGN**

DANE ADRESOWE URZĘDU

**Dom Pomocy Społecznej**

Skęczniew 58 ; 62-730 Dobra

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| KONTAKT Z URZĘDEM |  |

|  |  |
| --- | --- |
| informacja telefoniczna: | 63 279 44 70 |
| numer faksu: | 63 279 44 73 |
| adres poczty elektronicznej: | [dpsskeczniew@interia.pl](mailto:dpsskeczniew@interia.pl) |

DANE ADRESOWE OSOBY UPRAWNIONEJ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię: |  | Nazwisko: |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  | |  |
| Ulica: |  | Kod pocztowy: | |  | | - |  | Miejscowość: |  | |

SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OSOBĄ UPRAWNIONĄ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Adres poczty elektronicznej: |  |  |
|  | Numer faksu: |  |  |
|  | Telefoniczne przy pomocy osoby trzeciej sprawnej komunikatywnie : |  |  |

RODZAJ USŁUGI, Z KTÓREJ CHCE SKORZYSTAĆ OSOBA UPRAWNIONA

|  |
| --- |
| Proszę krótko opisać jaką sprawę chce Pan/Pani załatwić w Starostwie Powiatowym ewentualnie proszę podać nazwę wydziału, który realizuje tą usługę. |

PROPONOWANY TERMIN SPOTKANIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data: |  | / |  | / |  |  | Godzina |  |  | **:** |  |

METODA KOMUNIKACJI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | PJM (polski język migowy) |  | SJM (system językowo – migowy) |  | SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniemych) |

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy zdnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z  2011 r., Nr 127, poz. 721 ze zm.).

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

*Data i podpis*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

*Data i podpis*

INFORMACJA DLA OSOBY UPRAWNIONEJ

Zgłoszenie zostanie przekazane do właściwego pracownika urzędu, który skontaktuje się za pomocą wybranego przez Panią/Pana sposobu komunikowania się z urzędem w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania.

Podstawa prawna - ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się

(Dz. U. z 2011 r. Nr 209 poz. 1243)