

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 <input type="checkbox"/>	Nie posiadam <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania		
Zwięźle określenie rodzaju sprawy, jaką chce się załatwić w Urzędzie Miejskim w Halinowie		
Wybrana metoda komunikowania się	PJM <input type="checkbox"/>	SJM <input type="checkbox"/>
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.