………………………………………………………………… Starogard Gdański, dnia……………………

Imię i nazwisko

…………………………………………………………………

PESEL

…………………………………………………………………

Ulica

…………………………………………………………………

Kod pocztowy i miasto

Dyrektor

Powiatowego Urzędu Pracy

W Starogardzie Gdańskim

WNIOSEK O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN

Zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. nr 209, poz. 1243 z późn. zm.) wnoszę o udzielenie mi bezpłatnego świadczenia usług tłumacza:

* PJM – polski język migowy, czyli naturalny wizualno-przestrzenny język komunikowania się;
* SJM – system językowo-migowy, czyli podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną;
* SKOGN – sposób komunikowania się osób głuchoniemych, czyli podstawowy środek komunikowania się osób, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu.

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

* posiadam
* nie posiadam

Planowany termin wykonania świadczenia: …………………………………………………………………………………………

Zakres oczekiwanej pomocy: ……………………………………………………………………………………………………………….

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

Osoba upoważniona do kontaktów z Urzędem:

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………….……………………………………….

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………………….………………………………………

…………………………………………………………

podpis osoby uprawnionej