

**POWIADOMIENIE O CHEĆCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG
TLUMACZA PJM, SJM, SKOGN**

Imię i nazwisko osoby uprawnionej			
Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną lub imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszającej, upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej			
Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej	Posiadam <input type="checkbox"/>	Nie posiadam <input type="checkbox"/>	
Adres korespondencyjny			
Zwięzłe określenie rodzaju sprawy jaką chce się załatwić w Urzędzie Miasta			
Wybrana metoda komunikowania się	PJM <input type="checkbox"/>	SJM <input type="checkbox"/>	SKOGN <input type="checkbox"/>
Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)			
....., dnia			
(miejsowość)			

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.

SKOGN - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych.