

....., dnia.....

(miejscowość)

**Urząd Miejski
Kowalewo Pomorskie
Plac Wolności 1
87-410 Kowalewo Pomorskie**

Z g ł o s z e n i e

dotyczące skorzystania z usługi tłumacza języka migowego w załatwieniu sprawy
w Urzędzie Miejskim w Kowalewie Pomorskim
zgodnie z ustawą o języku migowym i innych środkach komunikowania się
(Dz.U. z 2011 roku Nr 209 poz. 1243)

Imię i nazwisko osoby uprawnionej
Numer telefonu (w tym do osoby upoważnionej do kontaktów)
Adres zamieszkania
Zakres oczekiwanej pomocy
Wybrana metoda komunikowania się	Tłumacz PJM* Tłumacz SJM** Tłumacz SKOGN***
Planowany termin wykonania świadczenia z podaniem daty i godziny
..... Data Podpis osoby uprawnionej

* **PJM** -polski język migowy – należy przez to rozumieć naturalny wizualno-przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych;

** **SJM** system językowo-migowym – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną;

*** **SKOGN** sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu.