**Powiatowe Centrum
 Pomocy Rodzinie
 w Łowiczu**

**WNIOSEK O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN**

Zgodnie ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się
 (Dz. U. z 2017 r, poz.1824.)

**Imię i nazwisko osoby uprawnionej\*** ………………………………………………………….………….…

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………..

**Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną :**

* Adres poczty elektronicznej:……………………….
* Telefonicznie przy pomocy osoby trzeciej sprawnej komunikatywnie ………………………………
* Nr faksu: ………………………………………………

**Wybrana metoda komunikowania się**

* tłumacz PJM **\*\***
* tłumacz SJM**\*\*\***
* tłumacz SKOGN **\*\*\*\***

**Planowany termin spotkania** ……………………………………………………………………………………

**Określenie rodzaju sprawy** …………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

**\* osoba uprawniona** - osoba doświadczająca trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się,

**\*\*PJM** - polski język migowy (naturalny wizualno – przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych;

**\*\*\* SJM** - system językowo-migowy (podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną);

**\*\*\*\* SKOGN** - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu).

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. z 2017 poz.1824.) oraz osobą niepełnosprawną
w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z  2021 r., poz. 573 z późn. zm.).

……………………………. ……………………………………
miejscowość, data podpis osoby uprawnionej

\* niepotrzebne skreślić