## Wniosek o zapewnienie bezpłatnej pomocy tłumacza PJM, SJM, SKOGN

Dane kontaktowe osoby uprawnionej
Imię:
Nazwisko:
Adres zamieszkania:
Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:

Preferowany sposób komunikacji z osoba uprawnioną
Kontakt telefoniczny, nr tel.
Kontakt SMS, nr tel.
Poczta elektroniczna, adres e-mail

### Opis sprawy, z którą osoba uprawniona chce się zgłosić

### Krótki opis sprawy/problemu/zgłoszenia:

### Proponowany termin spotkania

Data

Godzina

### Metoda komunikacji

PJM (Polski język migowy)
SJM (System językowo-migowy)
SKOGN (Sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych)

UWAGA!!! Świadczenie jest bezpłatne dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej
 i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721
i Nr 171, poz. 1016).