

....., dnia r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

**Dom Pomocy Społecznej w Lisowicach
Lisowice 13
95-040 Koluszki**

ZGŁOSZENIE

zamiaru skorzystania z bezpłatnej usługi tłumacza PJM, SJM, SKOGN

1. Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. 2017, poz. 1824) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:

- polskiego języka migowego **PJM***
- systemu językowo-migowego **SJM***
- sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych **SKOGN***

2. Proponowany termin wizyty (data/godzina)

.....

3. Cel wizyty w Domu Pomocy Społecznej w Lisowicach (rodzaj sprawy):

.....
.....
.....

4. Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną:

e-mail:

nr tel.:

nr faksu:

5. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.*

*niepotrzebne skreślić

.....

(czytelny podpis)