Iława, dnia ..........................................

**STAROSTWO POWIATOWE**

**W IŁAWIE**

**WNIOSEK**

**O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA (PJM, SJM, SKOGN)**

**/wzór/**

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. Nr 209 poz. 1243) wnioskuję o możliwość skorzystania z usług tłumacza (PJM, SJM, SKOGN).

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby uprawnionej** |  |
| **Adres e – mail** |  |
| **Nr telefonu / Nr faksu** |  |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| **Zakres oczekiwanej pomocy** |  |
| **Wybrana metoda komunikowania się** | **Tłumacz PJM** **Tłumacz SJM** **Tłumacz SKOGN** |
|  |  |
| **Planowany termin wykonania świadczenia** | **Data** | **Godzina** |

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

 (Podpis osoby uprawnionej)

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

**SJM** – system językowo – migowy – 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;