

Ożarówice, dn.

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu, adres e-mailowy

Urząd Gminy Ożarówice
ul. Dworcowa 15
42-625 Ożarówice

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA
LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA**

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 1824) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

• **w zakresie usług*:**

- ☐ tłumacza posługującego się PJM (polski język migowy),
- ☐ tłumacza posługującego się SJM (system językowo-migowy)
- ☐ tłumacza posługującego się SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych).

* właściwe zakreślić

• **w związku z koniecznością załatwienia sprawy:**

.....

.....

.....

• **planowany termin udzielenia świadczenia (data, godz.):**

.....

.....
(podpis)

Oświadczam, że **jestem / nie jestem** ** osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 ze zm.).

** niepotrzebne skreślić

Warunkiem bezpłatnego skorzystania z pomocy tłumacza PJM, SJM, SKOGN jest przedłożenie ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.