

....., dniar.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu osoby upoważnionej
do kontaktu)

.....
(adres e-mail)

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Oświęcimiu z/s w Grojcu
ul. Beskidzka 100
32-600 Oświęcim

ZGŁOSZENIE

1. Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (DZ.U. z 2011r. Nr 209, poz. 1243) zgłaszam zamiar skorzystania z usług osoby posługującej się polskim językiem migowym w zakresie:

- tłumacz PJM (polski język migowy – naturalny wizualno-przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych)*,
- tłumacz SJM (system językowo-migowy – podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną)*,
- tłumacz SKOBN (sposób komunikowania się osób głuchoniemych - podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu)*.

2. Planowany termin (data/godzina)

3. Tematyka spotkania

4. Oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności i jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się.

.....
(podpis)

* zaznaczyć właściwe