……..……..……. ……..……
(nazwisko i imię osoby uprawnionej) (miejscowość/data)

……..……

……..……
(adres zamieszkania)

……..……
(nr telefonu lub numer telefonu osoby słyszącej
upoważnionej do kontaktów z osobą uprawnioną)

POWIADOMIENIE O ZAMIARZE SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN

składane przez osoby uprawnione na podstawie art. 12 ust.1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U.2017.1824 t.j. z dnia 2017.10.02).

Określenie rodzaju sprawy: ……..……..……..

……..……

…….

…….

…….

Planowany termin skorzystania z usług tłumacza (co najmniej na 7 dni robocze przed zdarzeniem):

…….

…….

Forma (zaznaczyć właściwe)

tłumacz polskiego języka migowego (PJM)[1]

tłumacz systemu językowo-migowego (SJM)[2]

tłumacz sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)[3]

Dodatkowe uwagi:

…….

…….

……..
(podpis osoby uprawnionej)

Zgłoszenia można dokonać w jednej z następujących form:

na adres e-mail: zlobek@drwinia.pl

drogą pocztową na adres: Gminne Centrum Opieki nad Dziećmi do lat trzech, Drwinia 173, 32-709 Drwinia

osobiście w siedzibie: Gminne Centrum Opieki nad Dziećmi do lat trzech, Drwinia 173, 32-709 Drwinia

---

[1] PJM (POLSKI JĘZYK MIGOWY) - należy przez to rozumieć naturalny wizualno- przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych

[2] SJM (SYSTEM JĘZYKOWO- MIGOWY) – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo - artykulacyjną

[3] SKOGN (SPOSOBY 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