

Kierownik
Miejsko – Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej
Drawska Pomorskiego

**POWIADOMIENIE O CHĘCI SKORZYSTANIA
ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN**

Imię i nazwisko osoby uprawnionej			
Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną lub imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszającej, upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej			
Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej	Posiadam <input type="checkbox"/>	Nie posiadam <input type="checkbox"/>	
Adres korespondencyjny			
Zwięzłe określenie rodzaju sprawy jaką chce się załatwić w Urzędzie Miejskim w Drawsku Pomorskim			
Wybrana metoda komunikowania się	PJM <input type="checkbox"/>	SJM <input type="checkbox"/>	SKOGN <input type="checkbox"/>
Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)			
....., dnia (miejscowość)			

Objaśnienia:

Osoby uprawnione – to osoby doświadczające trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się. Świadczenie usług tłumacza PJM, SJM i SKOGN jest bezpłatne dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

PJM – polski język migowy.

SJM – system językowo-migowy.

SKOGN – sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych.