**ZGŁOSZENIE WÓJTOWI GMINY JELENIEWO CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby uprawnionej¹** |   |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej2** | **Posiadam** | **Nie posiadam** |
| **Numer telefonu osoby uprawnionej lub numer telefonu osoby słyszącej upoważnionej do kontaktów z osobą uprawnioną** |  |
| **Wybrana metoda komunikowania się3** |  **PJM SJM SKOGN**   |
| **Zwięzłe określenie rodzaju sprawy jaką chce się załatwić w Urzędzie Gminy Jeleniewo** |  |
| **Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)4** |  |
| …………………………….**, dnia** ............................................ (miejscowość) |  ...……………………………… (podpis osoby uprawnionej) |

**Objaśnienia:**

1. **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.
2. Zaznaczyć właściwe.
3. **PJM**  **–** polski język migowy, **SJM** **–** system językowo-migowy, **SKOGN –** sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych – zaznaczyć właściwe.
4. Art. 12 ust.1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się – osoba uprawniona jest zobowiązana zgłosić chęć skorzystania ze świadczenia ze wskazaniem wybranej metody komunikowania się, do właściwego ze względu na właściwość sprawy organu administracji publicznej, co najmniej na 3 dni robocze przed tym zdarzeniem, z wyłączeniem sytuacji nagłych.