

ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM

Imię i nazwisko osoby uprawnionej		
Numer telefonu komórkowego lub numer telefonu osoby słyszącej upoważnionej do kontaktów z osobą uprawnioną		
Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej	Posiadam <input type="checkbox"/>	Nie posiadam <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania		
Wybrana metoda komunikowania się	PJM <input type="checkbox"/>	SJM <input type="checkbox"/>
Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)		
....., dnia (miejscowość) podpis osoby uprawnionej	

Podstawa prawna - ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się
(Dz. U. z 2011 r. Nr 209 poz. 1243)