

**Kierownik  
Miejsko – Gminnego  
Ośrodka  
Pomocy Społecznej  
w Drawsku Pomorskim**

**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 słyszącej, 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 MGOPS 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 .....			
(miejsowość)			

**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.