



Data wniosku:

imię i nazwisko:

dane kontaktowe (adres, telefon, e-mail):

**Wniosek o zapewnienie usługi tłumacza języka PJM, SJM, SKOGN
podczas wizyty w Ośrodku Pomocy Społecznej w Brojciech**

Kierownik
Ośrodek Pomocy Społecznej w Brojciech
ul. Długa 19A
72-304 Brojce

Na podstawie art. 12 ust.1 i ust.2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz.U. z 2023r. poz. 20) zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza podczas wizyty w Ośrodku Pomocy Społecznej w Brojciech

1. Wybrana metoda komunikowania się:

- ☐ PJM (Polski Język Migowy),
- ☐ SJM (System Językowo-Migowy),
- ☐ SKOGN (Sposób Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych)

2. Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną:

- ☐ telefonicznie:
- ☐ e-mailowo (adres poczty elektronicznej):
- ☐ korespondencyjnie:
- ☐ inny (np. telefonicznie przez osobę trzecią):

3. Proponowany termin udzielenia świadczenia:, jednak nie wcześniej niż
3 dni robocze od dnia wpływu wniosku do Ośrodka Pomocy Społecznej w Brojciech.

4. Określ rodzaj sprawy, którą chcesz załatwić w Ośrodku (jeśli dotyczy)

.....
.....
.....

.....
miejscowość, data,

.....
podpis Wnioskodawcy

* proszę zakreślić jedno właściwe pole krzyżykiem