

Pęczniew, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(nr telefonu osoby upoważnionej

do kontaktu)

Powiatowy Środowiskowy Dom  
Samopomocy w Pęczniewie  
ul. Wspólna 4  
99-235 Pęczniew

### **Zgłoszenie zamiaru skorzystania z usług tłumacza **PJM, SJM, SKOGN****

1. Na podstawie art. 11 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011r. Nr 209, poz. 1243) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza \* :

Polskiego języka migowego (**PMJ**)  
Systemu językowo-migowego (**SJM**)  
Sposobu komunikowania się osób głuchoniemych (**SKOGN**)

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina)

3. Cel wizyty w placówce (komórka organizacyjna i/lub rodzaj sprawy).....  
.....  
.....

4. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności  
.....

.....  
(podpis)

Uwagi:

\*zakreślić właściwe