

Data wpływu wniosku:

Urząd Gminy Limanowa

W N I O S E K

O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA (PJM, SJM, SKOGN)

na zasadach określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r o języku migowym i innych
środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz.1243)

Imię i nazwisko osoby uprawnionej		
Numer telefonu (w tym do osoby upoważnionej do kontaktów)		
Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania		

ZAKRES OCZEKIWANEJ POMOCY	
----------------------------------	--

WYBRANA METODA KOMUNIKOWANIA SIĘ	TŁUMACZ PJM	<input type="text"/>
	TŁUMACZ SJM	<input type="text"/>
	TŁUMACZ SKOGN	<input type="text"/>

PLANOWANY TERMIN WYKONANIA ŚWIADCZENIA Data i godzina	
--	--

DATA	PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ
-------------	---------------------------------

PJM - polski języku migowy (– należy przez to rozumieć naturalny wizualno - przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych;

SJM - system językowo-migowy – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną;

SKOGN- sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu.