

Miejscowość, dnia

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Wł. Jagiełły 16
09-150 Czerwińsk nad Wisłą

ZGŁOSZENIE
O ZAPEWNIENIE OSOBY
WYKONUJĄCEJ CZYNNOŚCI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Świadczenie bezpłatne przeznaczone dla osób uprawnionych będących osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

.....

2. Adres korespondencyjny:

.....

.....

3. Nr telefonu komórkowego - kontakt sms*:

.....

4. Adres e-mail*:

.....

5. Proponowana data i godzina udzielenia świadczenia**:

.....

6. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się***:

- a) polski język migowy (PJM);
- b) system językowo-migowy (SJM);
- c) sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

7. Rodzaj sprawy (należy wskazać tematykę sprawy):

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Czerwińsku nad Wisłą w celu realizacji niniejszego zgłoszenia wynikającego z art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r., Nr 209, poz. 1243 z późn. zm.).

.....
Data i podpis

* - dane fakultatywne, w przypadku wybrania danej formy komunikacji

** - co najmniej 3 dni robocze od dnia złożenia zgłoszenia, z wyłączeniem sytuacji nagłych

*** - właściwe podkreślić