Końskie, dnia ……..….....

……
imię i nazwisko wnioskodawcy

……
adres zamieszkania

……
nr telefonu

……
adres e-mail *

Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Końskich

WNIOSEK
O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO
LUB TŁUMACZA- PRZEWODNIKA

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 roku, poz. 1824) wnioskuję o udzielenie świadczenia:

1. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się **:
a) polski język migowy (PJM);
b) system językowo-migowy (SJM);
c) sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

2. Termin udzielenia świadczenia (po upływie co najmniej 3 dni roboczych od złożenia wniosku): ……..

3. Rodzaj sprawy:

……

……

……

……

…….
podpis

* dane fakultatywne
** właściwe zaznaczyć