Nowe Miasto Lubawskie, dnia ………..…......

……………………………………………

imię i nazwisko wnioskodawcy

……………………………………………

adres zamieszkania

……………………………………………

nr telefonu

……………………………………………

adres e-mail \*

**Dyrektor**

**Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim**

**WNIOSEK**

**O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

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

1. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się \*\*:
2. polski język migowy (PJM);
3. system językowo-migowy (SJM);
4. sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
5. Termin udzielenia świadczenia (do 3 dni roboczych od daty złożenia wniosku): ………………………………………………………………………………………….
6. Rodzaj sprawy:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

…………………………………….

 podpis

\* dane fakultatywne

\*\* właściwe zaznaczyć