....., dnia …….

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

.....
(nr telefonu osoby upoważnionej
do kontaktu)

Dom Pomocy Społecznej w Czernej
Czerna 110, 32-065 Krzeszowice

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM ,SKOGN

1. Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jednolity Dz.U. Dz. U. z 2017 r., poz. 1824), zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:*

a) polskiego języka migowego (PJM)
b) systemu językowo-migowego (SJM)
c) sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data/ godzina) ……
……...
3. Cel wizyty w DPS, rodzaj sprawy, numer sprawy …….
……..…….
……...
……...
……...
Jednocześnie oświadczam, iż **jestem osobą uprawnioną** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1824) oraz **jestem/nie jestem ** osobą niepełnosprawną** w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2020 roku, poz. 426).
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

……

(czytelny podpis)

Uwagi:
* zaznaczyć właściwe
** zakreślić właściwe