Załącznik nr 2

do procedury obsługi osób

ze szczególnymi potrzebami

w Urzędzie Miejskim w Babimoście

 ……………………………………., dnia ……………….…….

........................................................................

 imię i nazwisko

 Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego

.......................................................................

 adres do korespondencji

.......................................................................

 telefon kontaktowy/adres e-mail

 **Burmistrz Babimostu**

 ***ul. Rynek 3***

 ***66-110 Babimost***

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

Na zasadach określonych w art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jednolity Dz.U. z 2017 poz.1824 ze zmianą) wnioskuję o możliwość skorzystania z usług tłumacza (PJM, SJM, SKOGN).

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Adres osoby uprawnionej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Dane kontaktowe umożliwiające potwierdzenie wizyty przez pracownika Urzędu (nr telefonu, adres email):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Termin wizyty w urzędzie (nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia wpływu wniosku do Urzędu):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się (podkreślić właściwe):
2. polski język migowy (PJM);
3. system językowo-migowy (SJM);
4. sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
5. Zakres oczekiwanej pomocy (rodzaj sprawy):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………

(podpis)