

.....  
(nazwisko i imię osoby uprawnionej)

.....  
(miejsowość/data)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr telefonu lub numer telefonu osoby słyszacej  
upoważnionej do kontaktów z osobą uprawnioną)

## **POWIADOMIENIE O ZAMIARZE SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN**

składane przez osoby uprawnione na podstawie art. 12 ust.1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U.2017.1824 t.j. z dnia 2017.10.02).

Określenie rodzaju sprawy: .....

Planowany termin skorzystania z usług tłumacza (co najmniej na 7 dni robocze przed zdarzeniem):

### **Forma (zaznaczyć właściwe)**

- tłumacz polskiego języka migowego (PJM)<sup>1</sup>
- tłumacz systemu językowo-migowego (SJM)<sup>2</sup>
- tłumacz sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)<sup>3</sup>

Dodatkowe uwagi:

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

### **Zgłoszenia można dokonać w jednej z następujących form:**

- na adres e-mail: [pwd@drwinia.pl](mailto:pwd@drwinia.pl)
- faksem na nr: (14) 674-02-24
- drogą pocztową na adres: Placówka Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży w Niedarach, Niedary 24,  
32-813 Uście Solne

<sup>1</sup> PJM (POLSKI JĘZYK MIGOWY) - należy przez to rozumieć naturalny wizualno- przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych

<sup>2</sup> SJM (SYSTEM JĘZYKOWO- MIGOWY) – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo - artykulacyjną

<sup>3</sup> SKOGN (SPOSOBY KOMUNIKOWANIA SIĘ OSÓB GŁUCHONIEWIDOMYCH) – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu

□ osobiście w siedzibie: Placówka Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży w Niedarach, Niedary 24, 32-813  
Uście Solne