

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Niepołomska 26g
32-020 Wieliczka**

Wniosek o bezpłatne zapewnienie tłumacza języka migowego

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 20) wnioskuję o udzielenie świadczenia.

1. Dane wnioskodawcy:

- a) Imię i nazwisko:
- b) Nr telefonu:
- c) Adres e-mail – w przypadku preferowanego kontaktu za pośrednictwem e-mail
.....

2. Metoda komunikacji (proszę zaznaczyć właściwe):

- a) Polski język migowy (PJM) -
- b) System językowo-migowy (SJM) -
- c) Sposoby komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN) -

3. Przewidywany termin wizyty w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie:

.....
(data i godzina)

4. Rodzaj sprawy, którą chce Pan/i załatwić jako osoba uprawniona i krótki jej opis.

.....
.....

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

5. W przypadku braku możliwości realizacji przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce wnioskowanego świadczenia, proszę o powiadomienie mnie o tym fakcie wraz z uzasadnieniem oraz o wyznaczenie możliwego terminu realizacji tego świadczenia lub wskazanie innej formy realizacji wnioskowanego świadczenia.
6. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do bezpłatnego korzystania z usług tłumacza języka migowego z ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikacji.

.....
data i miejsce

.....
podpis wnioskodawcy

*Świadczenie może być udzielone nie wcześniej niż po upływie co najmniej 3 dni roboczych od dnia złożenia wniosku w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce.