

Formularz

**Bezpłatna pomoc tłumacza dla osób niesłyszących i głuchoniewidomych**

Świadczenie bezpłatne przeznaczone dla osób uprawnionych będących osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016)

**KONTAKT Z URZĘDEM**

Urząd Gminy w Dobryszycach  
ul. Wolności 8, 97-505 Dobryszyce  
nr fax - 44 681 10 28

adres poczty elektronicznej: [wojt.dobryszyce.era@gminypolskie.pl](mailto:wojt.dobryszyce.era@gminypolskie.pl)

**Dane adresowe osoby uprawnionej**

Nazwisko .....  
Imię .....  
Ulica .....  
Kod pocztowy .....  
Miejscowość .....

Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną (*adres poczty elektronicznej, nr faksu*)

Wpisz email lub fax .....

Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba .....

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

(*Tu proszę krótko opisać jaką sprawę chce Pan/pani załatwić w Urzędzie Gminy w Dobryszycach*)

Termin spotkania .....

(*formularz należy przesłać co najmniej na 3 dni robocze przed spotkaniem*)

**Metoda komunikacji**

PJM (polski język migowy)  
SJM (system językowo-migowy)  
SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych) \*

\* - należy podkreślić wybraną metodę komunikacji

INFORMACJA DLA OSOBY UPRAWNIONEJ - Zgłoszenie zostanie przekazane do właściwego pracownika Urzędu, który skontaktuje się za pomocą wybranego przez Panią/Pana sposobu komunikowania się z Urzędem w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania.

Podstawa prawna-ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1243)