

Ożarówice, dn. ....

.....  
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu, adres e-mailowy

**Urząd Gminy Ożarówice  
ul. Dworcowa 15  
42-625 Ożarówice**

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA  
LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA**

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. nr 209 poz. 1243 z późn. zm.) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

• **w zakresie usług\*:**

- tłumacza posługującego się PJM (polski język migowy),  
 tłumacza posługującego się SJM (system językowo-migowy)  
 tłumacza posługującego się SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych).

\* właściwe zakreślić

• **w związku z koniecznością załatwienia sprawy:**

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

• **planowany termin udzielenia świadczenia (data, godz.):** .....

.....

.....  
(podpis)

Oświadczam, że **jestem / nie jestem** \*\* osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j.t. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.).

\*\* niepotrzebne skreślić

Warunkiem bezpłatnego skorzystania z pomocy tłumacza PJM, SJM, SKOGN jest przedłożenie ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.