

.....
imię i nazwisko Wnioskodawcy

Grajewo, dnia

.....
adres zamieszkania

.....
Nr telefonu komórkowego - kontakt sms *

.....
Adres e-mail *

Wójt Gminy Grajewo

W N I O S E K

o zapewnienie dostępu do świadczenia usług 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 2017 r. poz. 1824)

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

.....

2. Adres Wnioskodawcy:

.....

.....

3. Proponowana data i godzina udzielenia świadczenia:

.....

4. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się **:

a) polski język migowy (PJM);

b) system językowo-migowy (SJM);

c) sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

5. Rodzaj sprawy:

.....

.....

.....
/podpis/

*- dane fakultatywne

** - właściwe podkreślić