|  |  |
| --- | --- |
| DANE WNIOSKODAWCY(Imię i nazwisko, adres, telefon) | Miejscowość, data |

**Delegatura Warmińsko-Mazurskiego**

**Urzędu Celno-Skarbowego w Olsztynie**

ul. Składowa 5

10-421 Olsztyn

**WNIOSEK O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN\***

Zgodnie ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. nr 209, poz.1243)

**osoba uprawniona** - osoba doświadczająca trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się,

**PJM** - polski język migowy (naturalny wizualno – przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych;

**SJM** - system językowo-migowy (podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną);

**SKOGN** - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu);

**Imię i nazwisko osoby uprawnionej** ………………………………………………………….………….……

**Numer telefonu (w tym do osoby upoważnionej do kontaktów)** ..……………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

**Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej**

* posiadam
* nie posiadam

**Wybrana metoda komunikowania się**

* tłumacz PJM
* tłumacz SJM
* tłumacz SKOGN

**Planowany termin wykonania świadczenia** …………………………………………………………………..

**Zakres oczekiwanej pomocy** …………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| miejscowość, data | podpis osoby uprawnionej |

\*niepotrzebne skreślić