

....., dnia..... 202...r.

.....
/ imię i nazwisko /

.....
/ adres zamieszkania /

.....
(adres e-mail lub numer faksu, lub nr telefonu)

**Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej w Człuchowie
ul. Średnia 12A
77-300 Człuchów**

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1243 ze zm.), zgłaszam zamiar skorzystania z usługi tłumacza języka migowego.

Planowany termin wykonania usługi (data/godzina)

.....
Moje przybycie do ośrodka pomocy społecznej związane jest z potrzebą załatwienia poniżej wymienionych spraw:

.....
Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243 ze zm.), ponadto, posiadam orzeczoną niepełnosprawność 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 ze zm.).

.....
/data i podpis składającego oświadczenie /