**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach**

**WNIOSEK**

**O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN OSOBIE UPRAWNIONEJ**

na zasadach określonych w: Ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się Dz. U. Nr 209, poz.1243

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

**PJM** — polski języku migowy — należy przez to rozumieć naturalny wizualno przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych;

**SJM** — system językowo-migowy — należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną;

**SKOGN —** sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych — należy przez to rozumieć 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** |  |
| **PESEL**  |  |
| 1. **Adres email**
2. **Numer telefonu komórkowego ( w tym do osoby upoważnionej do kontaktów)**
 |  |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej** | **Posiadam** | **Nie posiadam** |
| **Adres zamieszkania** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYBRANA METODA KOMUNIKOWANIA SIĘ** | **TŁUMACZ PJM \*****TŁUMACZ SJM \*****TŁUMACZ SKOGN \*** |

\*prosimy o postawienie znaku „x” przy oczekiwanej metodzie komunikacji

|  |  |
| --- | --- |
|  **PLANOWANY TERMIN WYKONANIA ŚWIADCZENIA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **Podpis OSOBY UPRAWNIONEJ** |