Miejscowość , dnia

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Kilińskiego 21

09-140 Raciąż

# ZGŁOSZENIE

**O ZAPEWNIENIE OSOBY WYKONUJĄCEJ CZYNNOŚCI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

Świadczenie bezpłatne przeznaczone dla osób uprawnionych będących osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

1. Adres korespondencyjny:

1. Nr telefonu komórkowego - kontakt sms\*:

1. Adres e-mail\*:

1. Proponowana data i godzina udzielenia świadczenia\*\*:

1. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się\*\*\*:
2. polski język migowy (PJM);
3. system językowo-migowy (SJM);
4. sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
5. Rodzaj sprawy (należy wskazać tematykę sprawy):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciążu w celu realizacji niniejszego zgłoszenia wynikającego z 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 z późn. zm.).

Data i podpis

\* - dane fakultatywne, w przypadku wybrania danej formy komunikacji

\*\* **-** co najmniej 3 dni robocze od dnia złożenia zgłoszenia, z wyłączeniem sytuacji nagłych

\*\*\* **-** właściwe podkreślić