

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:

.....

2. Adres korespondencyjny:

.....  
.....

3. Nr telefonu komórkowego - kontakt sms\*:

.....

4. Adres e-mail\*:

.....

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

.....

6. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się\*\*\*:

- a) polski język migowy (PJM);
- b) system językowo-migowy (SJM);
- c) sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

7. 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