FORMULARZ

POWIADOMIENIE O CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG

TŁUMACZA POLSKIEGO JĘZYKA MIGOWEGO (PJM)

Imię i nazwisko osoby uprawnionej		
PESEL		
Adres zamieszkania		
Nr tel. komórkowego lub nr tel. osoby słyszącej upoważnionej do kontaktów z osobą uprawnioną		
Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej	POSIADAM ☐	NIE POSIADAM ☐
Informacja na temat sprawy załatwianej w Ośrodku (w przypadku sprawy, która jest w toku należy podać sygnaturę sprawy)		
Planowany termin skorzystania ze świadczeń (dzień i godzina)		
……..……..…..**dnia**…….…….…….. **(miejscowość)**	…….…….…….…… **(podpis osoby uprawnionej)**	