Powiatowy Urząd Pracy
w Słubicach

ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA SJM[1)]

Imię i nazwisko osoby uprawnionej[2)]	
Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną lub imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszącej, upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej	
Zwięzłe określenie rodzaju sprawy, jaką chce się załatwić	
Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)	

Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27.08.1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*[3)].

……, dnia ..... **……**
(miejscowość) **(podpis)**

Objaśnienia:

1) **SJM –** system językowo-migowy.
2) **Osoba uprawniona –** osoby doświadczające trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się
3) **Świadczenie usług tłumacza** SJM **jest bezpłatne** dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*.