

ZGŁOSZENIE

DOTYCZĄCE KORZYSTANIA Z BEZPŁATNEJ POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA PJM, SJM i SKOGN
PODCZAS WIZYTY W ZARZADZIE DRÓG WOJEWÓDZKICH W GDAŃSKU

- 1) imię, nazwisko:
- 2) adres zamieszkania:
- 3) adres e-mailowy lub numer faksu do kontaktu z ZDW
- 4) telefon kontaktowy do osoby mającej stały lub bezpośredni kontakt z Panem/Panią
- 5) legitymuje się Pan/Pani orzeczeniem o*/właściwe zaznaczyć/:
- zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki),
 - całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów,
 - niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia
- 6) nazwa komórki organizacyjnej ZDW właściwej do załatwienia sprawy*/jeżeli Pan/Pani ją zna/
- 7) przedmiot sprawy jaką Pan/Pani chce załatwić w ZDW
- 8) Metoda komunikowania się*/zaznaczyć właściwą/:
- za pośrednictwem tłumacza posługującego się:
- PJM (polski język migowy)
 - SJM (system językowo migowy)
 - SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych).
- 9) Termin spotkania /data, godzina/
- Propozycja Pani/Pana
- Inne ustalenia

WAŻNE

Jeżeli chce Pan/Pani skorzystać **BEZPŁATNIE** ze świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOGN **PROSZĘ ZABRAĆ ZE SOBĄ ORZECZENIE**, o którym mowa w pkt 5.

.....
data, podpis

ADNOTACJE URZĘDOWE:

- Miejsce spotkania /adres, budynek, piętro, pokój/
 - Ustalony termin spotkania:
 - Usługę świadczyć będzie tłumacz:
- imię, nazwisko
- Informacje przekazano zgłaszającemu jak następuje:
 - Sprawę prowadzi Dział / Wydział:

.....
data, podpis urzędnika