

Formularz zgłoszeniowy
Wniosek o zapewnienie bezpłatnej pomocy tłumacza PJM, SJM, SKOGN

Dane kontaktowe osoby uprawnionej

Imię:
Nazwisko:
Adres zamieszkania:
Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:

Preferowany sposób komunikacji z osoba uprawnioną

<input type="checkbox"/> Kontakt telefoniczny	nr tel.
<input type="checkbox"/> Kontakt SMS	nr tel.
<input type="checkbox"/> Fax	nr fax
<input type="checkbox"/> Poczta elektroniczna	adres e-mail

Opis sprawy, z którą osoba uprawniona chce się zgłosić do Centrum Usług Społecznych
Miasta Debica

Krótki opis sprawy/problemu/zgłoszenia:
.....
.....
.....

Proponowany termin spotkania

Data, godz.

Metoda komunikacji

<input type="checkbox"/> PJM (Polski język migowy)
<input type="checkbox"/> SJM (System językowo-migowy)
<input type="checkbox"/> SKOGN (Sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych)

Świadczenie 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 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz.511).