

.....  
Imię i nazwisko

.....

.....  
Adres zamieszkania

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Żorach**

**WNIOSEK O ŚWIADCZENIE USŁUG  
TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN**

Na zasadach określonych w Ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209 z 2011 r. poz. 1243).

- Osoba uprawniona** – osoba doświadczająca trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się.
- PJM** – polski język migowy – należy przez to rozumieć naturalny wizualno-przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych.
- SJM** – system językowo-migowy – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną.
- SKOGN** – sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu.

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie mi terminu wizyty w Powiatowym Urzędzie Pracy w Żorach, podczas którego będzie mi potrzebna pomoc tłumacza.

1. Zakres oczekiwanej pomocy – do załatwienia jakich spraw będzie potrzebna pomoc:  
.....  
.....  
.....
2. Wybrana metoda komunikowania się:  
tłumacz PJM  
tłumacz SJM  
tłumacz SKOGN
3. Planowany termin wykonania świadczenia: .....
4. Nr telefonu (w tym od osoby upoważnionej do kontaktów): .....
5. Adres e-mail: .....
6. Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej: posiadam, nie posiadam.\*

Żory, dnia.....

Podpis osoby uprawnionej.....

\*Skreślić niepotrzebne.