



Załącznik nr 2
do Procedury obsługi osób ze szczególnymi
potrzebami w Starostwie Powiatowym w Opatowie.

.....

Data

.....

Miejscowość

.....

Imię i Nazwisko

.....

Nr telefonu

.....

e-mail – kontakt za pośrednictwem e-maila

**Starostwo Powiatowe w Opatowie,
ul. Henryka Sienkiewicza 17**

Wniosek o bezpłatne zapewnienie tłumacza języka migowego

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym
i innych środkach komunikowania się wnioskuję o udzielenie świadczenia:

1. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się:
 - polski język migowy (PJM);
 - system językowo-migowy (SJM);
 - sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
2. Proponowany termin udzielenia świadczenia (po upływie co najmniej 3 dni roboczych
od złożenia wniosku, z wyłączeniem sytuacji nagłych):

.....

3. Rodzaj sprawy (krótki opis)

.....

.....

.....





Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Dostępny samorząd 2.0

4. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do bezpłatnego korzystania z usług tłumacza języka migowego zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez (Starostwo Powiatowe w Opatowie) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, przekazanych (Starostwo Powiatowe w Opatowie) w związku z zapewnieniem bezpłatnej usługi tłumacza języka migowego.

.....
Podpis Wnioskodawcy



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych