**URZĄD SKARBOWY W SOKÓŁCE**

**Ul. Białostocka 47**

**16-100 Sokółka**

**ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA PJM1), SJM2), SKOGN3)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby uprawnionej4)** |  | | |
| **Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną lub imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszącej,** upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej |  | | |
| **Adres**  **korespondencyjny** |  | | |
| **Zwięzłe określenie rodzaju sprawy, jaką chce się załatwić** |  | | |
| **Wybrana metoda**  **komunikowania się** | **POLSKI JĘZYK MIGOWY**  **□** | **SYSTEM JĘZYKOWO-MIGOWY**  **□** | **SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ OSÓB GŁUCHONIEWIDOMYCH**  **□** |
| **Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)** |  | | |
| Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*5).**……………………., dnia......................................... ………………**  **(miejscowość)** **(podpis)** | | | |

**Objaśnienia:**

**1) PJM**  **–** polski język migowy.

**2) SJM** **–** system językowo-migowy.

**3) SKOGN –** sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych.

**4) Osoba uprawniona –** osoby doświadczające trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się

**5) Świadczenie usług tłumacza** PJM, SJM i SKOGN **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.