

Kamienna Góra, dnia

.....
imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu komórkowego – kontakt sms *

.....
adres e-mail *

Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii Sp. z o.o.
ul. Janusza Korczaka 1
58-400 Kamienna Góra

WNIOSEK

O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA – PRZEWODNIKA

na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Z 2011 r. nr 209 poz. 1243 z późn. zm.)

Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się **:

- polski język migowy
- system językowo – migowy (SJM)
- sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

Termin udzielania świadczenia:

.....
.

Miejsce udzielenia świadczenia (oddział/ poradnia/pracownia)

.....
.

.....
/podpis/

* - dane fakultatywne

** - właściwe zaznaczyć

