

Wisznia Mała, dnia 20.... r.

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Świadczenie bezpłatne przeznaczone dla osób uprawnionych będących osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016)

URZĄD GMINY WISZNIA MAŁA
ul. Wrocławska 9,
55-114 Wisznia Mała

ZAPOTRZEBOWANIE NA BEZPŁATNĄ USŁUGĘ TŁUMACZENIA JĘZYKA MIGOWEGO (SJM) PODCZAS WIZYTY W URZĘDZIE GMINY WISZNIA MAŁA

SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OSOBĄ UPRAWNIONĄ

E-mail:

Nr tel.:

Nr tel. komórkowego – kontakt SMS:

Nr faksu

WIZYTA W URZĘDZIE DOTYCZY:

(proszę krótko opisać przedmiot sprawy, która ma być załatwiona w trakcie wizyty w Urzędzie)

.....
.....
.....

PROPONOWANY TERMIN WIZYTY

Data: / /

Godzina:

(od godz. 8.00 do 16.00, śr do 17.00, pt do 15.00 – cały Urząd,)

METODA KOMUNIKACJI:

SJM (system językowo-migowy)

DODATKOWE UWAGI:

.....
.....

.....
podpis