

……
*(miejscowość i data)*

**Wnioskodawca**

……
*(imię i nazwisko)*

……
*(miejscowość, ulica)*

……
*(kod pocztowy, poczta)*

**Starostwo Powiatowe w Lublińcu**
**ul. Paderewskiego 7**
**42-700 Lubliniec**

## Wniosek o skorzystanie z tłumacza języka migowego

Zgłaszam zamiar skorzystania z bezpłatnego świadczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r., Nr 209, poz. 1243 z późn. zm.).

Wskazuje metodę komunikowania się: .....

Przedmiot sprawy: .....
…….....
.....

Proponuję termin skorzystania z bezpłatnego świadczenia (dzień, godzina):
…….....
…….....
.....

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r., Nr 209, poz. 1243 z późn. zm.) oraz osobą niepełnosprawną 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).

.....
*(Podpis zgłaszającego)*