Wnioskodawca:

 ............................., dnia ........................

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

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

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

 (imię i nazwisko, adres,

 telefon, ew. adres e-mail)

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

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

 (nazwa ośrodka pomocy,

 do którego skierowany jest wniosek)

**Wniosek w sprawie skorzystania ze świadczenia usług**

**tłumacza języka migowego**

 Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. Nr 209, poz. 1243) zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza języka migowego, w dniu ……………………………………..., o godz. ………………………, w sprawie należącej do właściwości Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Maniowach dotyczącej …………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Jako metodę komunikowania się wskazuję ……………………………………………....

 Jednocześnie informuję, że jestem osobą uprawnioną – 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 z późń. zm.).

 W załączeniu przekazuję kopie dokumentów potwierdzających prawo korzystania z usług, o których mowa wyżej.

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

 *(podpis)*