

Gostyń, dnia

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(własny numer telefonu
lub telefon kontaktowy do osoby przybranej)

.....
(adres e-mail)

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy
Społecznej
w Gostyniu
ul. Wrocławska 250
63-800 Gostyń

Wniosek o zapewnienie tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

1. Rodzaj sprawy (krótki opis sprawy, który chce Pani/Pan załatwić w MGOPS):

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

2. Metoda komunikowania się *:

- ☐ polski język migowy (PJM)
☐ system językowo-migowy (SJM)
☐ sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

3. Proponowany termin spotkania:.....

4. Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną *:

- 1) adres poczty elektronicznej:
2) kontakt sms/mms – nr telefonu:
3) telefonicznie przez osobę trzecią na nr tel.:

.....
(data i podpis)

Informacja dla osoby uprawnionej:

Zgłoszenie należy złożyć na co najmniej trzy dni robocze przed terminem planowanej wizyty w MGOPS. Termin spotkania potwierdzony zostanie za pomocą wybranego przez Panią/Pana sposobu komunikowania się.

* właściwe zaznaczyć