……………………………., dnia………………………

**Powiatowy Urząd Pracy w Szczytnie**

**ul. Wincentego Pola 4**

**12-100 Szczytno**

tel. 89 624 32 87, e-mail: pup@pup.szczytno.pl

**Wniosek**

**o zapewnienie tłumacza języka migowego**

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. (t.j. Dz. U z 2024 r. poz. 44)*

**Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jednolity Dz. U. Nr 2023, poz. 20) zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza języka migowego:**

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

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

1. Adres Wnioskodawcy: ………………………………………………………………….….......

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

1. Dane kontaktowe Wnioskodawcy:

tel. …………………….…………, e-mail: ………………………..…...…………………..…

1. Proponowany termin realizacji usługi tłumacza (nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia wpływu wniosku do urzędu) : …………………………………………..………..…..
2. Rodzaj załatwianej sprawy *(np. rejestracja w urzędzie, wizyta u pośrednika pracy/doradcy klienta, wizyta u doradcy klienta instytucjonalnego, inna sprawa – jaka?)* ………………………………………………………………………………..………….............

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

1. Metoda komunikowania się (zaznaczyć właściwą):

□ polski język migowy (PJM),

□ system językowo-migowy (SJM),

□ sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN),

1. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu *ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.*

**UWAGA:**

**Wypełniony wniosek należy przesłać na adres e-mail urzędu:** **pup@pup.szczytno.pl****. Potwierdzenie terminu realizacji usługi tłumacza nastąpi drogą telefoniczną lub mailową.**