



Dyrektor Izby Administracji
Skarbowej
w Lublinie

**ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG
TŁUMACZA PJM¹⁾, SJM²⁾, SKOGN³⁾**

Imię i nazwisko osoby uprawnionej⁴⁾			
Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną lub imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszącej, upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej			
Adres korespondencyjny			
Zwięzłe określenie rodzaju sprawy, jaką chce się załatwić			
Wybrana metoda komunikowania się	POLSKI JĘZYK MIGOWY <input type="checkbox"/>	SYSTEM JĘZYKOWO- MIGOWY <input type="checkbox"/>	SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ OSÓB GŁUCHONIEWIDOMYCH <input type="checkbox"/>
Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)			
<p>Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych⁵⁾.</p> <p>....., dnia</p> <p>(miejscowość) (podpis)</p>			

Objaśnienia:

- 1) PJM – polski język migowy.
- 2) SJM – system językowo-migowy.
- 3) SKOGN – sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych.
- 4) Osoba uprawniona – osoby doświadczające trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się
- 5) Świadczenie usług tłumacza PJM, SJM i SKOGN jest bezpłatne dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.