

....., dnia

miejscowość

Dom Pomocy Społecznej w Ciechanowie
ul. Krucza 32
06-400 Ciechanów

WNIOSEK O ZAPEWNIENIU TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB INNEGO

na podstawie art.12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym
i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 poz. 1824)

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail):
.....
4. Termin wizyty w DPS (nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia
wpływu wniosku do DPS):
.....
5. Wskaż metodę komunikowania się:
a) polski język migowy (PJM);
b) system językowo-migowy (SJM);
c) sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych
(SKOGN).
6. Sprawa (napisz, co chcesz załatwić w DPS):
.....
.....
.....

.....

Podpis