



**Dyrektor Izby Administracji
Skarbowej
w Opolu**

**ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA USŁUG
TLUMACZA 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 ☐	SYSTEM JĘZYKOWO-MIGOWY ☐	SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ OSÓB GŁUCHONIEWIDOMYCH ☐
Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)			
Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych⁵⁾. , dnia (miejscowość) (podpis)			

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.