

Margonin, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)
.....

.....
(nr telefonu osoby upoważnionej
do kontaktu)

**Urząd Miasta i Gminy w Margoninie
ul. Kościuszki 13
64-830 Margonin**

**ZGŁOSZENIE
DOTYCZĄCE KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA**

1) Metoda komunikowania się, proszę zakreślić właściwe:

a) z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się za pośrednictwem pracownika Urzędu Miasta i Gminy w Margoninie posługującego się SJM (system językowo-migowy),

b) za pośrednictwem tłumacza posługującego się:

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

w przypadku braku możliwości zapewnienia świadczenia za pośrednictwem pracownika Urzędu.

2) Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina)

3) Cel wizyty w urzędzie (rodzaj sprawy do załatwienia)

4) Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

.....
data

.....
podpis

* niepotrzebne skreślić