



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 2  
do Procedury obsługi osób ze szczególnymi  
potrzebami w Starostwie Powiatowym w Opatowie.

.....

Data

.....

Miejscowość

.....

Imię i Nazwisko

.....

Nr telefonu

.....

e-mail – kontakt za pośrednictwem e-maila

**Starostwo Powiatowe w Opatowie,  
ul. Henryka Sienkiewicza 17**

## **Wniosek o bezpłatne zapewnienie tłumacza języka migowego**

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym  
i innych środkach komunikowania się wnioskuję o udzielenie świadczenia:

1. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się:
  - polski język migowy (PJM);
  - system językowo-migowy (SJM);
  - sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
2. Proponowany termin udzielenia świadczenia (po upływie co najmniej 3 dni roboczych  
od złożenia wniosku, z wyłączeniem sytuacji nagłych):

.....

3. Rodzaj sprawy (krótki opis)

.....

.....

.....



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



4. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do bezpłatnego korzystania z usług tłumacza języka migowego zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez (Starostwo Powiatowe w Opatowie) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, przekazanych (Starostwo Powiatowe w Opatowie) w związku z zapewnieniem bezpłatnej usługi tłumacza języka migowego.

.....

Podpis Wnioskodawcy



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych