# Załącznik nr 1

**W N I O S EK**

**O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby uprawnionej** |  |
| **Kontakt****(adres lub telefon kontaktowy, mail)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYBRANA METODA KOMUNIKOWANIA SIĘ** | **TŁUMACZ PJM \* TŁUMACZ SJM \* TŁUMACZ SKOGN \*** |

\* prosimy o postawienie znaku „x” przy oczekiwanej metodzie komunikacji

|  |  |
| --- | --- |
| **PLANOWANY TERMIN WYKONANIA ŚWIADCZENIA** |  |
| **KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA TEMATU/SPRAWY** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA:** | **Podpis OSOBY UPRAWNIONEJ** |

**Słownik:**

**Osoba uprawniona** - osoba doświadczająca trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się,

**PJM –** polski język migowy- naturalny wizualno- przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych; **SJM** – system językowo-migowy – podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną;

**SKOGN –** sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych – podstawowy środek komunikowania się osóbuprawnionych,wktórymsposóbprzekazukomunikatujestdostosowanydopotrzebwynikającychzłącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku isłuchu.