

Ryjewo, dnia 20 kwietnia 2012 roku

## INFORMACJA WÓJTA GMINY RYJEWO

### W SPRAWIE DOSTĘPU DO TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Informuję, że na mocy ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się ( Dz. U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1243 ) osoba doświadczająca trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się zwana dalej „ osobą uprawnioną „ ma prawo do skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego.

W tym celu należy:

- zgłosić zamiar skorzystania z usług tłumacza języka migowego na co najmniej 3 dni robocze przed terminem planowanego przybycia do urzędu ( z wyłączeniem sytuacji nagłych),
- wskazać metodę komunikowania się oraz rodzaj lub tematykę sprawy.  
Zgłoszenia należy dokonać w jednej z poniższych form:

1. wypełnić wniosek ( druk wniosku w załączeniu ) o pomoc tłumacza języka migowego i następnie:
  - a) dostarczyć go osobiście lub drogą pocztową do siedziby Urzędu Gminy w Ryjewie, ul. Lipowa 1, 82-420 Ryjewo,
  - b) przesać go faksem na nr 552774321,
  - c) przesać go e-mailem na adres [ug@ryjewo.pl](mailto:ug@ryjewo.pl).
2. Zgłosić telefonicznie ( za pośrednictwem osoby trzeciej ) posiadającej sprawność komunikowania się ) na nr: 552774234, 552774270, 552774221.
3. Dostarczyć za pośrednictwem innej upoważnionej osoby fizycznej.

Pomoc tłumacza języka migowego przy załatwianiu spraw w Urzędzie jest bezpłatna dla osób uprawnionych, będącymi osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm. )

Wójt

Józef Gutowski

Ryjewo, dnia .....

.....  
( Imię i Nazwisko )

.....  
( adres )

.....  
.....

Urząd Gminy w Ryjewie  
ul. Lipowa 1  
82-420 Ryjewo

1. Na podstawie art.11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się ( Dz. U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1243 ) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:\*

- polskiego języka migowego ( PJM)
- systemu językowo – migowego ( SJM)
- sposobu komunikowania się osób głuchoniemych ( SKOGN )

2. Planowany termin wykonania świadczenia:

- data.....
- godzina .....

3. Określenie celu wizyty :

- komórka organizacyjna: .....
- rodzaj sprawy .....

4. Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności.

-----

.....  
( podpis )

\*Zaznaczyć właściwe