……………………., dnia ………………………

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Pułtusku

06-100 Pułtusk, ul. 3 Maja 20

**WNIOSEK O 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 (Dz.U.2023 poz.20).

1. Imię i nazwisko: ………………………………………………………

2. Adres: ……………………………………………………………………….......

3. Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail): ………………………………

4. Termin wizyty w Centrum (nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia wpływu

 Wniosku do Centrum) :…………………………………………………………

Komunikowanie się polski język migowy (PJM);

 6. Sprawa (napisz, co chcesz załatwić w Centrum): ……………………………

 …………………………………………………………………………………..

………………………………

 Podpis

……………………., dnia ………………………

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Pułtusku

06-100 Pułtusk, ul. 3 Maja 20

### WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ LUB INFORMACY JNO-KOMUNIKACYJNEJ

**DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:**

Imię i nazwisko..............................................................................................

Adres zamieszkania ..........................................................................................

Telefon lub email .............................................................................................

Jeżeli składasz wniosek w imieniu innej osoby, wpisz poniżej swoje dane: Imię i nazwisko:………………………………………………………

Adres zamieszkania: ..........................................................................................

Telefon lub e-mail: .............................................................................................

Proszę o zapewnienie dostępności w następującym zakresie:

### DOSTĘP ARCHITEKTONICZNY:

Opisz brak dostępności:…………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………..

### DOSTĘP INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNY:

Opisz brak dostępności:…………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………….

Wskaż/określ spos6b zapewnienia dostępności:………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………

Jak Centrum powinno się z Tobą skontaktować?

1. Telefonicznie ( jeśli numer jest inny niż powyżej) …………………………………....

2. Adres pocztowy ( jeśli adres jest inny niż powyżej): .............................................