

**ZGŁOSZENIE DO POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W PABIANICACH  
CHĘCI SKORZYSTANIA Z BEZPŁATNEJ USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

.....

Adres e-mail i/lub numer telefonu umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną:

.....

Określenie rodzaju sprawy do rozpatrzenia w Powiatowym Urzędzie Pracy:

.....  
.....  
.....

Sposób komunikacji:

- PJM (polski język migowy) \*
- SJM (system językowo migowy)\*
- SKOBN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych)\*

Planowany termin skorzystania z usługi tłumacza języka migowego\*\*:

Oświadczam, iż **jestem osobą uprawnioną** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r., poz. 1824 ze zm.) **oraz osobą niepełnosprawną** w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. poz. 573 ze zm.).

.....  
(data i podpis)

**Informacja dla osoby uprawnionej:**

\* Proszę zaznaczyć odpowiednie pole

\*\* Termin spotkania potwierdzony zostanie za pomocą wybranego przez Panią/Pana sposobu komunikowania się.

**Kontakt z Urzędem:**

- telefoniczny: 48 42 225 42 00,
- e-mail: [sekretariat@puppabianice.pl](mailto:sekretariat@puppabianice.pl), [lopa@praca.gov.pl](mailto:lopa@praca.gov.pl),
- faks: 48 42 215 23 00,
- drogą pocztową na adres: Powiatowy Urząd Pracy w Pabianicach, ul. Waryńskiego 11, 95-200 Pabianice
- osobisty w siedzibie Powiatowego Urzędu Pracy w Pabianicach.

---

**ADNOTACJE URZĘDOWE:**

Ustalone miejsce i termin spotkania: .....

Usługę świadczyć będzie: .....

Uwagi: .....