**POWIADOMIENIE O CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA**

**USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej |  | |
| Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą  uprawnioną lub imię i nazwisko oraz numer telefonu  osoby słyszącej, upoważnionej do kontaktu  w imieniu osoby uprawnionej |  | |
| Orzeczenie o niepełnosprawności osoby  uprawnionej | Posiadam | Nie posiadam |
| Adres korespondencyjny |  | |
| Zwięzłe określenie rodzaju sprawy jaką chce się  załatwić w Urzędzie Gminy Wierzchowo |  | |
| Planowany termin skorzystania ze świadczenia  (dzień i godzina) |  | |
| ….........................................................., dnia …..............................................................................  *(miejscowość)* | | |