**POWIADOMIENIE O CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA**

**USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

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