***Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego***

***ul. 11 Listopada 3***

***42-500 Będzin***

**W N I O S E K**

**O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby uprawnionej** |  |
| **Kontakt**  **(adres lub telefon kontaktowy, mail)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYBRANA METODA KOMUNIKOWANIA SIĘ** | **TŁUMACZ PJM \***  **TŁUMACZ SJM \***  **TŁUMACZ SKOGN \*** |

\* prosimy o postawienie znaku „x” przy oczekiwanej metodzie komunikacji

|  |  |
| --- | --- |
| **PLANOWANY TERMIN WYKONANIA ŚWIADCZENIA** |  |
| **KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA TEMATU/SPRAWY** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **Podpis OSOBY UPRAWNIONEJ** |

**Słownik:**

**Osoba uprawniona** - osoba doświadczająca trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się,

**PJM –** polski język migowy- naturalny wizualno przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych;

**SJM** – system językowo-migowy – podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną;

**SKOGN –** sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych – podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu.