

STAROSTWO POWIATOWE W LESZNIE
PLAC KOŚCIUSZKI 4B
64-100 LESZNO

data wpływu wniosku

**WNIOSEK
O OBSŁUGĘ OSOBY NIESŁYSZĄCEJ
ZA POMOCĄ POLSKIEGO JĘZYKA MIGOWEGO**

Imię i nazwisko osoby uprawnionej		
Adres zamieszkania		
Numer telefonu		
Informacja o posiadaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	TAK posiadam* <input type="checkbox"/>	NIE nie posiadam* <input type="checkbox"/>
Zakres oczekiwanej pomocy		
Planowany termin wykonania świadczenia	DATA	GODZINA

DATA	PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ
------	--------------------------

*zaznaczyć właściwe pole