Załącznik do Procedury obsługi osób niepełnosprawnych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Annopolu

Annopol, dn. ………………

…………………………………

 (Imię i nazwisko)

………………………………….

 (Adres)

………………………………….

 Adres e-mail

………………………………….

 Tel. kontaktowy

**Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Annopolu**

**ul. Leśna 2**

**23-235 Annopol**

**Formularz zgłoszeniowy**

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w Ośrodku Pomocy Społecznej w Annopolu, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego.

Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna dla załatwienia następującej sprawy: (krótki opis sprawy):

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

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

Podpis wnioskodawcy