

...../...../.....
numer kolejny wniosku / rok złożenia

.....

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza- przewodnika

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka

Imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez

dowód osobisty

data urodzenia nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

adres stałego zameldowania

nr kodu - poczta nr telefonu

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn / córka

imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez

dowód osobisty

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

adres stałego zameldowania

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel. / faxu

ustanowiony Opiekunem* / Pełnomocnikiem*

* postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. Nr

1.1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾

<ul style="list-style-type: none"> osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny 	
<ul style="list-style-type: none"> znaczny inwalidzi I grupy 	
<ul style="list-style-type: none"> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji. 	
<ul style="list-style-type: none"> osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 01.01.1998) 	
<ul style="list-style-type: none"> umiarkowany inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy 	
<ul style="list-style-type: none"> lekki inwalidzi III grupy osoby częściowo niezdolne do pracy, osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 01.01.1998r.) 	

1.2. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

Upośledzenie umysłowe	
Choroby psychiczne	
Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
W tym: - osoba głucha, osoba głuchoniema ⁽²⁾	
Zaburzenia narządu wzroku	
W tym osoba niewidoma, osoba głuchoniewidoma ⁽²⁾	
Dysfunkcja narządu ruchu	
W tym wnioskodawca lub podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
W tym dysfunkcja obu kończyn górnych	
Epilepsja	
Choroby układu oddechowego i krążenia	
Choroby układu pokarmowego	
Choroby układu moczowo – płciowego	
Choroby neurologiczne	
Całościowe zaburzenia rozwojowe	
Inne, jakie:	

Niepełnosprawność jest sprzężona⁽²⁾: tak, nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności⁽²⁾: 2, 3

(1) wstawić x we właściwej rubryce
(2) właściwe podkreślić

1.3 Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy – zamieszkuje ⁽¹⁾:

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

**1.4 Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach
za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp	NAZWISKO	IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃ STWA	ŹRÓDŁO DOCHODU	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH
1.	WNIOSKODAWCA		_____		
2.					
3.					
4.					
5.					
RAZEM:					

Posiadam gospodarstwo rolne o powierzchni ha/przeliczeniowe.

Dochód roczny z gospodarstwa wyniósłzł.

Dochód miesięczny z gospodarstwa rolnego.....zł

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym wyniósłzłgr.

1.5 Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾:

1.	zatrudniony ⁽²⁾ / prowadzący działalność gospodarczą ⁽²⁾	
2.	młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca ⁽²⁾	
3.	bezrobotny poszukujący pracy ⁽²⁾ /rencista poszukujący pracy ⁽²⁾	
4.	emeryt ⁽²⁾ / rencista ⁽²⁾ nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.	dzieci i młodzież do lat 18	

2.1 Miejsce realizacji zadania, cel dofinansowania, szczegółowe uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(1) wstawić x we właściwej rubryce

(2) właściwe podkreślić

.....
.....
2.2 Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....
.....
.....
.....
.....
2.3 Przewidywana liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

.....
3. Kwota wnioskowanego dofinansowania zł (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi):

cyframi:

(słownie: zł)

4. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika oraz nr wpisu do rejestru tłumaczy polskiego języka migowego (PJM), systemu językowomigowego (SJM) i sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN):

.....
.....
.....
5. Nazwa banku i nr rachunku bankowego podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

Bank..... Oddział

Nr rachunku.....

6. Informacja o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

1). nie korzystałam/em,

2). korzystałam/em ⁽²⁾

Cel	Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Stan rozliczenia (kwota do zwrotu)

(1) wstawić x we właściwej rubryce

(2) właściwe podkreślić

OŚWIADCZENIE

Upředzona(ny) o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny- za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Wysokość dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia /Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 poz. 926 ze zm.).

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań (nie mam zaległości) wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej i nie będę ubiegał(a) się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze środków Funduszu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska**, w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że **zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych udostępnioną przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej.**

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności (kopia, oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji ze wskazaniem, że wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika (zgodnie z załącznikiem).
3. Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.
4. Potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody
5. Zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą za ostatni kwartał poprzedzający zgłoszenie wniosku.

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie
(wystawione przez lekarza specjalistę)

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzeń:

.....
.....

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług
tłumacza przewodnika ⁽²⁾ :

- Nie

- Tak – uzasadnienie:

Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

*** zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę**