

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych
usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Dowód osobisty (o ile dotyczy)	Seria dowodu:
	Numer dowodu:
	Data wydania:
	Wydany przez:
ADRES ZAMIESZKANIA	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO	
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Dowód osobisty	Seria dowodu:
	Numer dowodu:
	Wydany przez:
	Data wydania:

DANE ADRESOWE

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/A

Przedstawicielem ustawowym

Opiekunem prawnym:

Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

III. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WNIOSKODAWCY

Stopień niepełnosprawności:

- Znaczny
- Umiarkowany
- Lekki
- Nie dotyczy

Grupa inwalidzka:

- I grupa
- II grupa
- III grupa
- Nie dotyczy

Niezdolność:

- Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
- Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- Osoby całkowicie niezdolne do pracy
- Osoby częściowo niezdolne do pracy
- Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
- Nie dotyczy

Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:

- Tak
- Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- Inny / jaki?

IV. SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat: nie korzystałem
 korzystałem

VI. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. CEL DOFINANSOWANIA

Przedmiot dofinansowania:

- usługi tłumacza języka migowego
 usługi tłumacza-przewodnika

Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku):

II. KOSZTY REALIZACJI

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):

Słownie:

Liczba godzin:

Cena za godzinę:

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:
(UWAGA: wysokość dofinansowania może wynosić nie więcej niż 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za godzinę świadczenia usług)

Słownie:

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

Miejsce realizacji:

Termin rozpoczęcia:

Przewidywany czas realizacji:

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta (imię i nazwisko):

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał

poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł (netto)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu usługi a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania – jeśli dotyczy.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny- za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

.....
Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Przyznano kwotę dofinansowania w wysokości:	
Słownie:	
Umowa nr:	
Z dnia:	

.....
Pieczętka i podpis Dyrektora

ZAŁĄCZNIKI

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego równoważnik (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
3. Oferta cenowa/kosztorys na usługi tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika.
4. Dokument potwierdzający znajomość polskiego języka migowego (PJM), systemu języka migowego (SJM), sposobów komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) przez osobę wykonującą usługę (np. zawiadomienie o wpisie do rejestru Wojewody) lub oświadczenie wypełnione i podpisane przez osobę, która będzie wykonywała usługę sporządzone wg zał. nr 2 do wniosku.
5. Dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. przedstawiciel ustawy, opiekun prawny, pełnomocnik) – oryginał do wglądu.
6. Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni – w przypadku gdy Wnioskodawca uczy się w szkole policealnej lub szkole wyższej.
7. Inne
(jakie).....

Część D – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

1. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że mam / nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz byłem/am / nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie z Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, mojego dziecka / podopiecznego w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych .
4. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna ustawowego,
pełnomocnika

.....
 (pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
 lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wystawione w celu ubiegania się o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub
tłumacza – przewodnika ze środków PFRON

Imię i nazwisko:	
Zamieszkała/y:	
PESEL:	
Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:	<input type="checkbox"/> słuchu <input type="checkbox"/> mowy <input type="checkbox"/> inne (jakie)
Stwierdzam potrzebę korzystania z usług:	<input type="checkbox"/> tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> tłumacza -przewodnika: Uzasadnienie: NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Oświadczenie potwierdzające znajomość PJM, SJM lub SKOGN

Ja niżej podpisana/y

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Oświadczam, że znam* polski język migowy, system językowo-migowy, sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych.

Posiadam dokument potwierdzający znajomość PJM, SJM lub SKOGN**

	na poziomie podstawowym	na poziomie średnio zaawansowanym	na poziomie zaawansowanym
1) polski język migowy (PJM)			
2) system językowo-migowy (SJM)			
3) sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)			

* Wstawić znak "x" w odpowiedniej rubryce określającej poziom znajomości PJM, SJM lub SKOGN.

** W przypadku posiadania dokumentu potwierdzającego znajomość PJM, SJM lub SKOGN (np. certyfikat, zaświadczenie o ukończeniu kursu, opinia PZG lub TPG, referencje) – kopie należy dołączyć do oświadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 . o ochronie danych osobowych.

Z pełną odpowiedzialnością potwierdzam prawdziwość powyższych informacji własnoręcznym podpisem.

.....
(data i czytelny podpis usługodawcy)