Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli, ul. Staszica 1A, tel. (68) 457-43-34

Data wpływu wniosku | | Nr sprawy:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

Usługi tłumacza języka migowego ☐ **Usługi tłumacza – przewodnika** ☐

(**nazwa zadania** - we właściwym polu należy wstawić znak x)

1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)
(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię.....	Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐
Nazwisko.....	Poczta.....
Data urodzenia.....	Miejscowość.....
PESEL.....	Ulica.....
Seria i nr dowodu osobistego.....	Nr domu..... nr m.....
z dnia	Miasto ☐ Wieś ☐
wydany przez	Telefon.....

2. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:
(we właściwym polu należy wstawić znak x)

- ☐ **przedstawiciel ustawowy** (dla małoletniego Wnioskodawcy),
- ☐ **opiekun prawny** (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
- ☐ **lub pełnomocnik Wnioskodawcy** (na podstawie pełnomocnictwa notarialnego)

Imię i nazwisko ….....

Dowód osobisty: seria i nr ..... wydany w dniu .....……

przez .....

Nr PESEL.....

Miejscowość..... ulica .....

nr domu ..... nr lokalu ..... nr kodu .....-..... poczta .....

powiat ..... województwo .....

nr telefonu.....

3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

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.**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: …….

4. Termin rozpoczęcia, przewidywany czas i miejsce realizacji zadania:

.....

.....

5. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę (dane tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika):

……

……

6. Przewidywany koszt realizacji zadania:

1/ przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika

.....zł brutto. (słownie ……zł)

2/ wnioskowana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika

…….

7. Wnioskowana łączna kwota dofinansowania:

……zł (brutto).

(słownie: ……...……zł)

8. Sposób wypłaty dofinansowania (we właściwym polu należy wstawić znak x):

☐ **wypłata dla wnioskodawcy**

dane posiadacza rachunku …...……..……

nr rachunku ……..……

☐ **na rachunek bankowy tłumacza**

9. Uzasadnienie konieczności dofinansowania usługi:

(w uzasadnieniu należy opisać niepełnosprawność wnioskodawcy i ograniczenia z niej wynikające oraz opisać zakres świadczonej usługi).

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

10. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (1)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na inne zadania: likwidacja barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, pożyczki, programy celowe: PEGAZ, Komputer dla Homera, Aktywny Samorząd itp.			**Tak**	☐
			Nie	☐
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON (1)	☐ TAK	☐ NIE
Kwota zaległości	.....	
Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy (1)	☐ TAK	☐ NIE
Nr i data rozwiązanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania	....	

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z przepisami RODO, czyli rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

2. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (j.t. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

3. Zobowiązuję się bezzwłocznie zgłosić do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

4. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

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

Uwaga

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki wniosku. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, którego dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, (w przypadku dzieci do lat 16 kopii orzeczenia o niepełnosprawności)**.**
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób**.**
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie i w języku polskim.
4. Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę).
5. Ofertę cenową na wnioskowane usługi.

Załącznik do wniosku

..... Dnia .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika)

(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko.....

2. Adres zamieszkania ……..……..……..……..

3. PESEL .....

4. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie).....…….....……

……..……

……..…

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
pieczątka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

Uwaga:
Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.
Zaświadczenia z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane.