

PCPR.RS.557.D. .2021

.....
(data wpływu wniosku)

WNIOSEK
o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON na pokrycie kosztów związanych z
usługami tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

I. Dane osoby ubiegającej się o dofinansowanie

Imię i nazwisko.....
Adres zamieszkania.....
Nr PESEL.....Dowód osobisty (nr i seria).....
Nr telefonu.....

Informacje o wnioskodawcy (proszę wstawić „X” we właściwej rubryce)

II. Stopień niepełnosprawności

.....

III. Rodzaj niepełnosprawności

1.	Dysfunkcja narządu ruchu	
2.	Dysfunkcja narządu wzroku	
3.	Dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
4.	Upośledzenie umysłowe	
5.	Choroba psychiczna	
6.	Epilepsja	
7.	Inne, jaka?	

IV. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy

1.	Zatrudniona/y	
2.	Prowadząca/y działalność gospodarczą	
3.	Zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy jako poszukująca/y pracy	
4.	Zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy jako bezrobotna/y	
5.	Emeryt/rencista	
6.	Dziecko/młodzież do 18 roku życia	
7.	Osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	

V. Uzasadnienie składanego wniosku

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

VI. Kosztorys i harmonogram zakupu usług tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika

Okres świadczenia usługi (od - do)	Liczba godzin	Cena brutto w zł za godzinę usługi	Przewidywany koszt brutto w zł	Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

VII. Planowany zakup usługi tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika

Wnioskuje o dofinansowanie zakupu usługi:

a) tłumacza migowego

b) tłumacza przewodnika

VIII. Określenie potrzeby zakupu usługi tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika

Potrzeba	Miejsce realizacji
Udział w szkoleniu/kursie – jakim:.....	
Udział w zajęciach szkolnych	
Udział w zajęciach na studiach	
Udział w rozmowach kwalifikacyjnych/o pracę	
Wizyta u lekarza	
Reprezentowanie dziecka/obowiązki rodzicielskie	
Inna okoliczność – jaka?	

IX. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika

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

X. Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który będą przekazywane środki finansowe PFRON związane z wykonaniem usługi

.....
.....
.....
XI. Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków PFRON (do 3 lat wstecz)

Data przyznania dofinansowania	Cel przyznanego dofinansowania	Kwota jaka została przyznana	Stan rozliczenia

XII. Oświadczenia wnioskodawcy

Niniejszym oświadczam, iż przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym:

XIII. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

.....syn/córka.....

(imię i nazwisko)

(imię ojca)

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

(dowód osobisty)

numer PESEL.....miejsce zamieszkania.....

poczta.....powiat.....województwo.....

nr telefonu.....

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

O dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

*Upředzony/a o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku i w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)

Zostałam/em poinformowana/y, iż wysokość dofinansowania usług 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 r. poz. 926 ze zm.)/.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Uwaga !

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu (§ 9 ust. 4 ww. Rozporządzenia).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

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. Dowód osobisty (do wglądu),
3. Zaświadczenie lekarza potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji oraz indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej (ze wskazaniem, że wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika, stanowiące zał. nr 1 do przedmiotowego wniosku).
4. kopia dokumentu potwierdzającego sposób reprezentacji (dotyczy opiekunów prawnych i pełnomocników).

Adnotacje i ocena zasadności wniosku

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

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

Opinia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o dofinansowanie.....

.....
(nazwa zadania)

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

.....
(data)

.....
(podpis)

Decyzja Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)

Zał. nr 1

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB PFRON W CELU
DOFINANSOWANIA USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB USŁUG
TŁUMACZA PRZEWODNIKA***

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Seria i nr dowodu tożsamości.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:*

- a) dysfunkcja narządu ruchu
- b) dysfunkcja narządu słuchu
- c) dysfunkcja narządu wzroku
- d) upośledzenie umysłowe
- e) choroba psychiczna
- f) epilepsja
- g) schorzenie układu krążenia
- h) inne (jakie?).....

Stwierdzono potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego*/lub usług tłumacza-przewodnika*

- Nie
- Tak
uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data, pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe zaznaczyć