

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika** dla indywidualnych osób niepełnosprawnych

I. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się dofinansowanie:

.....
imię i nazwisko

nr PESEL.....

DOKŁADNY ADRES ZAMIESZKANIA:

kod pocztowy _ _ - _ _ _ poczta.....

miejsowość.....ulica.....

nr domu.....nr lokalu.....

Numer telefonu

Adres e-mail:

Adres do korespondencji:

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego, pełnomocnika:

..... PESEL
imię i nazwisko

dowód osobisty: seria..... nr..... wydany w dniu.....

przez.....

adres zamieszkania:

kod pocztowy _ _ - _ _ _nr tel.

Adres e-mail:

II. Stopień niepełnosprawności (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Numer orzeczenia:	
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ III grupa ☐ II 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
--------------	---

III. Rodzaj niepełnosprawności (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E- epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo – płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak (proszę zaznaczyć ile) ☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny ☐ nie

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

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: ☐ indywidualnie ☐ wspólnie

Przeciętny miesięczny dochód (netto) na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy (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 wynosi:

V. Korzystanie ze środków PFRON

- ☐ nie korzystałem/am
☐ korzystałem/am

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

VI. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

.....

.....

.....

VII. Cel dofinansowania:

L.P.	Opis usługi	Ilość godzin	Koszt za godzinę usługi	Łączny koszt
Razem całkowity koszt:				

VIII. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON*:

cyframi:

słownie:

*Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia

IX. Miejsce realizacji zadania:

.....

.....

X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

.....

XI. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

XII. Forma przekazania środków finansowych:☐ przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko):

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

☐ konto Sprzedawcy podane na dowodzie zakupu

**XIII. Informacje dodatkowe i Oświadczenia:
Sytuacja zawodowa osoby niepełnosprawnej:**

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

XIV. Oświadczenia:

Oświadczam, że świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z artykułu 233 §1, 2 i 3 Kodeksu Karnego. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich (mojego dziecka) danych osobowych przez PCPR w zakresie niezbędnym dla realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r., poz. 1000).

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1), zwanego dalej w skrócie „RODO”, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce z siedzibą przy ul. Niepołomska 26G. Dane przetwarzane są w związku z realizacją zadań ustawowych. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a administrator danych osobowych może przekazać dane upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Podawanie danych osobowych jest obowiązkowe w celu realizacji zadań ustawowych, w innych przypadkach ma charakter dobrowolny.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania.

Oświadczam, że posiadam środki własne na realizację zadania.

Oświadczam, że nie poniosłam/em kosztów na realizację zadania przed złożeniem wniosku oraz nie poniosę ich do dnia przyznania dofinansowania i podpisania umowy z PCPR w Wieliczce.

Niniejszym oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z art. 10 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego przysługuje mi prawo czynnego udziału w każdym stadium postępowania, zapoznania się z materiałem dowodowym, a przed wydaniem decyzji wypowiedzenia się i zgłoszenia zastrzeżeń.

Załączniki do wniosku:

1. kopia aktualnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (oryginał do wglądu),
2. **aktualne zaświadczenie lekarskie** zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności,
3. w przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego, do wniosku należy załączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowienie opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
4. Oferta cenowa wystawiona na wnioskodawcę, na wykonanie usługi, z uwzględnieniem czasu jej wykonywania.
5. Kopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru tłumaczy.

.....
data

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

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb PFRON – dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza –
przewodnika

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rodzaj schorzenia:

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

2. Uzasadnienie – czy posiadane schorzenie uzasadnia potrzebę ubiegania się
o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika:

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

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie