

.....
Nr kolejny wniosku

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika
DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓRA BĘDZIE KORZYSTAŁA Z USŁUG
TŁUMACZA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA)**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Inne, jakie:.....	

Sytuacja na rynku pracy (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Uczę się/ studiuję	
Pracuję	
Pracuję i studiuję/uczę się	
Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe-specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe-specjalne	
Gimnazjalne	
Gimnazjalne-specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze - specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

 prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym) zł

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałam /em:		TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)		
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

DANE PRZEDSTAWICIELA OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

PLANOWANY ZAKUP USŁUGI TŁUMACZA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA

Wnioskuje o dofinansowanie usługi:

tłumacza migowego tłumacza przewodnika

Określenie potrzeby zakupu usługi tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika (**proszę wstawić X we właściwym miejscu**)

Potrzeba	Miejsce realizacji usługi	Zaznaczyć x jeśli właściwe
Załatwienie spraw urzędowych – jakich:		
Udział w szkoleniu/kursie		
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:		

Jakie są oczekiwane efekty skorzystania z usług tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika? (proszę wstawić X we właściwym miejscu)

Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób skorzystanie z usług tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i>	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób skorzystanie z usług tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika zwiększy szansę na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	
Inne efekty (proszę określić jakie):	

Kosztorys i harmonogram zakupu usługi tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika

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

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1996r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż tłumacze migowi lub tłumacze – przewodnicy, z usług których zamierzam skorzystać, powinni posiadać wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN oraz że w momencie rozliczania dofinansowania konieczne będzie dołączenie dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru. W przypadku braku dołączenia do rozliczenia wniosku dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN, rozliczenie zostanie odrzucone.

Oświadczam, że znane są mi przepisy prawa dotyczące zakresu zadania oraz Zarządzenie nr 1/2018 z dnia 02.01.2018r. Dyrektora PCPR w Miliczu w sprawie ustalenia procedur rozpatrywania wniosków i zasad udzielania dofinansowań ze środków PFRON z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Wyrażam zgodę na udział w ewaluacji celów realizacji zdania.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Do wniosku należy załączyć:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu)
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. oświadczenie o numerze konta,

**OŚWIADCZENIE O NUMERZE KONTA
DLA CELÓW PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

Proszę, aby przyznana kwota dofinansowania została przekazana:

1. Na konto sprzedawcy przedmiotu dofinansowania*

2. Na konto bankowe*(jeżeli tak proszę wypełnić poniżej):

Imię i nazwisko posiadacza konta.....

Adres posiadacza konta.....

Nazwa banku.....

Nr konta.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis

*właściwe podkreślić