



WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON
usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

DANE WNIOSKODAWCY
(DZIECKA/PODOPIECZNEGO) – właściwe podkreślić

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA..... PESEL

MIEJSCOWOŚĆ.....KOD POCZTOWY -

ULICANR DOMU.....NR MIESZKANIA.....

DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr..... WYDANY W DNIU.....PRZEZ.....

..... TELEFON.....

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA

właściwe podkreślić

IMIĘ.....NAZWISKO.....

DATA URODZENIA..... PESEL

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY -

ULICA..... NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....

DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr..... WYDANY W DNIU.....PRZEZ.....

.....TELEFON.....

1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

Znaczny	
I grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji	
Osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
Umiarkowany	
II grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy	
Lekki	
Osoby częściowo niezdolne do pracy	
Osoby stale i długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
Inwalidzi III grupy	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
Orzeczenie ważne do:	

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

1. dysfunkcja narządu wzroku	
2. dysfunkcja narządu słuchu	
3. dysfunkcja narządu mowy	
4. inny/jaki?	

3. Sytuacja zawodowa

1. Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Osoba w wieku od 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. Bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4. Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej	
6. Dzieci, młodzież do lat 18	

* niepotrzebne skreślić

4. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym	
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Średni dochód miesięczny netto na osobę	

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

korzystałem/łam: TAK NIE

Lp.	Numer umowy (jeśli dotyczy)	Cel umowy	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

6. Cel dofinansowania

Rodzaj usługi	
Usługa tłumacza języka migowego	
Usługa tłumacza- przewodnika	

7. Miejsce realizacji zadania

.....
.....

8. Uzasadnienie wniosku

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

9. Przewidywany koszt realizacji zadania:

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

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

1/ przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnikazł.

(słownie:)

2/ przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika godz.

3/ łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON zł.

(słownie:)

10. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

.....
.....

11. Sposób przekazania dofinansowania ze środków PFRON

przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze,

przelewem na wskazane poniżej konto:

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

.....

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

II. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Oświadczam, iż przed złożeniem wniosku zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w siedzibie PCPR w Wodzisławiu Śląskim oraz na stronie www.pcpr-wodzislaw.pl, a Administratorem danych osobowych jest Dyrektor, reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim.
3. Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks Karny (Dz. U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Dyrektora PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

.....
podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela

Załączniki do wniosku:

	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku*
1.	Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu)	
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełności oraz uzasadnienie celowości korzystania z usług tłumacza języka migowego, tłumacza-przewodnika – druk w załączeniu,	
3.	Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika	
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (jeżeli dotyczy) - opiekuna prawnego lub pełnomocnika (oryginał do wglądu).	
5.	Dokument potwierdzający znajomość polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-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	
6.	Inne dokumenty (jakie)	

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki zawodowej)

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR
(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia:

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

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

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

! Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista.
