...…………………………..........

Data wpływu wniosku do PCPR Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

09-200 Sierpcu, ul. Świętokrzyska 2a, tel. 275-76-60

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika**

**ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

.............................................................................................miejscowość........................................................

*(imię i nazwisko, w przypadku niepełnosprawnego dziecka należy podać jego dane )*

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

kod .......... - ............... poczta ................................................. gmina ...........................................................

PESEL ** telefon ...........................................................

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

................................................................................................................................syn/córka ........................................................

imię (imiona) i nazwisko imię ojca

nr PESEL ................................................................... miejscowość ............................................. ulica .......................................

nr domu ..................nr lokalu ...............nr kodu ...... ................. poczta . .................................................. powiat ........................

województwo ...........:........................................... nr tel./faxu (z nr. kier.) ...........................................................

1. Przedmiot dofinansowania– wnioskuję o dofinansowanie do:

tłumacza języka migowego

tłumacza - przewodnika

**2**. **Posiadane orzeczenie:**

1). o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim

2). o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

3). o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/

4). o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

**3. OŚWIADCZENIE**

oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**1**, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał

poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ................................... złotych.

* Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym ....................

**1.** Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2018 poz. 2220 )

4. INFORMACJA WNIOSKODAWCY O KWOTACH PRZYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Z OKREŚLENIEM:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | NR UMOWY | DATA ZAWARCIA UMOWY | CEL DOFINANSOWANIA | KWOTA | STAN ROZLICZENIA |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

*LUB PROSZĘ WPISAĆ:* *,,NIE UZYSKAŁEM ŻADNEGO DOFINANSOWANIA”*

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

5. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA, CEL DOFINANSOWANIA, TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA, KOSZT JEGO REALIZACJI ORAZ WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA

Miejsce realizacji zadania...............................................................................................................................................

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

Cel dofinasowania...........................................................................................................................................................

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

Imię Nazwisko tłumacza.................................................................................................................................................

Nr wpisu do rejestru tłumaczy polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM) i sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN):.............................................................................................

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

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania (okres usługi)..................................................................

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

Liczba godzin..................................................................................................................................................................

Zakres świadczenia usługi..............................................................................................................................................

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

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

Przewidywany koszt realizacji zadania:

-przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika........................ ............................... zł brutto (słownie złotych: …………………………..…………………………..…...................)

-przewidywana łączna liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika........................ ........................................................................................................................................................................................ -przewidywany łączny koszt usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika ........................ zł brutto (słownie złotych: …………………………..…………………………..…............................………........................)

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinasowania ………………………….………....………....................zł brutto (słownie złotych: ........................................................................................................................................................)

6. NAZWA BANKU ORAZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

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

Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

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.

Oświadczam, że orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność załączone do wniosku jest ostateczne i prawomocne.

Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Sierpeckim.

Oświadczam, że znane są mi przepisy, zasady przyznawania dofinansowania ze środków PFRON do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.

Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR   
w Sierpcu w ciągu 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w tym na przekazywanie podanych przeze mnie moich/mojego dziecka/podopiecznego danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załącznikach w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sierpcu do celów niezbędnych do realizacji zadania, zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO).

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie zadań określonych art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON ww. zadania podlega zwrotowi.

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej mi za składanie fałszywych zeznań prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

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

**data**  (**czytelny podpis Wnioskodawcy,**

**przedstawiciela ustawowego,**

**opiekuna prawnego, pełnomocnika**

\*właściwe zaznaczyć

***Załączniki do wniosku:***

Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność **(oryginał do wglądu)**,

Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione czytelnie, w języku polskim zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku;

Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki,

Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy Polskiego Języka Migowego (zwany dalej PJM), Systemu Językowo-Migowego (zwany dalej SJM), Sposobów Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych (zwany dalej SKOGN) - dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę,

1. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego **(oryginał do wglądu)** w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.

**Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika.**

…………………………………

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane na potrzeby PCPR w Sierpcu)

Imię i nazwisko pacjenta…………………………………………………………………………………………….

PESEL……………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………

Rodzaj schorzeń:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika\*:

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

…....................................................................................................................................................................................

……………………………….. ……………………………….

data ( pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie)

\* **zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę (czytelnie, w języku polskim)**