

.....
data wpływu wniosku do PCPR

.....
numer wniosku

WNIOSEK
o dofinansowanie usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

I. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
nr PESEL	
Dowód osobisty:	seria nr wydany w dniu
przez	
nr tel./faksu/ewentualnie adres e-mail.....	
nazwa banku i nr rachunku:	

II. Przedmiot dofinansowania (z podaniem ilości godzin tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika):

.....

III. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania:

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

IV. Uzasadnienie wniosku :

(podać również informację czy wnioskodawca porozumiewa się Polskim Językiem Migowym, Systemem Językowo-Migowym lub Sposobem Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych)

.....
.....

.....
.....
.....
.....
V. Przewidywany koszt realizacji zadania.....zł

VI. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON.....zł
(nie więcej niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę świadczenia usług)

(słownie:zł)

VII. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.....
.....
.....

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....

IX. Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON ? (z PCPR, MOPR, OPS, PFRON, UG):
Tak ☐ Nie ☐

Cel (nazwa programu lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

X. Oświadczenie wnioskodawcy :

- Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
- Oświadczam, że **nie mam zaległości** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat **nie byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie**.
- Oświadczam, że powyższe dane są **zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych**.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....
Data

.....
*Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby występującej
w jego imieniu**

**W przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić część XI wniosku*

XI. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

opiekun prawny ustanowiony przez sąd ☐ pełnomocnik ustanowiony notarialnie ☐
przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy) ☐

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu

przez

nr telefonu:

nazwa banku i nr rachunku:

nr PESEL

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).
2. Kopie orzeczeń osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginały do wglądu).
3. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (załącznik nr 1 do wniosku).
4. Oferta cenowa dotycząca usługi.
5. Kserokopia dokumentu potwierdzającego posiadanie przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody.
6. Kserokopia zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej przez tłumacza języka migowego.
7. Kopia pełnomocnictwa notarialnego lub zaświadczenie o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.

Uwaga!

1. *Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.*
2. *Dofinansowaniu nie podlega świadczenie usługi przez tłumacza PJM, SJM i SKOBN w organach administracji publicznej (przez organ administracji publicznej rozumie się ministrów, centralne organy administracji rządowej, wojewodów, działające w nich lub we własnym imieniu inne terenowe organy administracji rządowej zespolonej i niezespolonej, organy jednostek samorządu terytorialnego).*

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

Zaświadczenie lekarskie*
**wystawione w celu przyznania dofinansowania usług tłumacza języka migowego
lub usług tłumacza przewodnika**

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia:

.....
.....

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

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

** zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę*