

...../...../.....
nr kolejny powiat rok złożenia
wniosku wniosku wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku
(dzień, miesiąc, rok)

W N I O S E K

o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika**

Część: A: Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić czytelnie)

1. Informacje o Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:
legitymujący się dowodem osobistym: seria nr wydanym w dniu
przez PESEL
zamieszkały/a w ulica
nr domu nr lokalu kod pocztowy - poczta
powiat województwo nr telefonu
.....
.....
(nazwa i numer rachunku bankowego)

2. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i Nazwiskolegitymujący
się dowodem osobistym: seria nr dowodu osobistego wydanego w dniu
.....przez.....
nr PESEL, zamieszkały/a w.....
ulica.....nr domu..... nr lokalu..... kod pocztowy.....
poczta....., powiat..... województwo.....
nr telefonu ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem na podstawie postanowienia
Sądu Rejonowego w z dnia wydanego
w sprawie o sygn. akt/ pełnomocnictwa udzielonego w dniu przez
Wnioskodawcę przed Notariuszem
..... prowadzącym Kancelarię Notarialną
w (rep. nr)/ w formie pisemnej
...../ w formie pisemnej z podpisem poświadczonym przez
..... lub w innej
formie

3. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych*

| | |
|--|--|
| 1. na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zakup sprzętu rehabilitacyjnego (w ciągu ostatnich 3 lat): | |
| a) nie korzystał | |
| b) korzystał, w tym na: | |
| 2. korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się | |

*proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce.

4. Przeciętny dochód miesięczny (netto na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy).

Niniejszym oświadczam, że:

1. przeciętny miesięczny dochód¹ w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosił:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną wynosi

Część: B: Dane dotyczące przedmiotu dofinansowania (wypełnić czytelnie)

1. Wnioskuje o dofinansowanie do*:

a. Tłumacza języka migowego

b. Tłumacza – przewodnika

2. Przewidywany koszt ogólny: zł

3. Wnioskowane dofinansowanie ze środków PFRON

Kwota wnioskowana dofinansowania: zł

Słownie :

¹ dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz.U. z 2018 r. poz. 2220 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

4. Przedmiot dofinansowania: miejsce realizacji usługi, termin rozpoczęcia, liczba godzin oraz koszt

| | Okres usługi | Liczba godzin | Zakres świadczenia usługi | Przewidywany koszt brutto |
|-------------------------|--------------|---------------|---------------------------|---------------------------|
| Tłumacz języka migowego | 1. | 1. | 1. | 1. |
| | 2. | 2. | 2. | 2. |
| | 3. | 3. | 3. | 3. |
| | 4. | 4. | 4. | 4. |
| | 5. | 5. | 5. | 5. |
| Tłumacz – przewodnik | 1. | 1. | 1. | 1. |
| | 2. | 2. | 2. | 2. |
| | 3. | 3. | 3. | 3. |
| | 4. | 4. | 4. | 4. |
| | 5. | 5. | 5. | 5. |

5. Dane tłumacza: Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika:

.....

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

.....

** niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, iż zostałem (-am) poinformowany (-a), że dofinansowanie kosztów realizacji zadania z zakresu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych PFRON i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu,
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem (-am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Oświadczam, że składane oświadczenia i dane są zgodne z prawdą.

**KLAUZULA INFORMACYJNA
W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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; zwane dalej: „RODO”), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej ul. 11 Listopada 5, 24-320 Poniatowa.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: inspektor@cbi24.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w szczególności wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172] oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 926].
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawienia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadku przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich nie podanie uniemożliwi rozpoznanie i realizację wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z uwagi na brak możliwości realizacji określonych wyżej celów przetwarzania danych osobowych.
9. Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pani/Pan decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....
/miejsowość, data/

.....
/czytelny podpis Wnioskodawcy/

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych
we wniosku:

Data i podpis pracownika PCPR

ZALĄCZNIKI:

| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku tak/nie | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
|---|------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| | | <i>Wypełnia pracownik PCPR</i> | |
| 1. Kopia orzeczenia o: - stopniu niepełnosprawności, bądź grupie inwalidzkiej, - niezdolności do pracy, - niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 01.01.1998r. na stałe, - niepełnosprawności osoby do 16 roku życia. | | | |
| 2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę w języku polskim, zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń. | | | |
| 3. Pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (pełnomocnik lub opiekun prawny) – jeśli jest ustanowiony. | | | |
| 4. Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN (dotyczy tłumaczy, którzy świadczyć będą usługę) | | | |
| 5. Aktualne zaświadczenie ze szkoły (uczelni) o pobieraniu nauki | | | |
| 6. W przypadku tłumaczenia zajęć lekcyjnych – plan zajęć | | | |
| 7. Pisemna zgoda władz uczelni na udział tłumacza języka migowego w zajęciach | | | |
| 8. Pisemna zgoda wskazanego tłumacza na tłumaczenie zajęć | | | |

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia Nr PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie

.....

Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje**:

słuchu

mowy

inne, jakie:

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

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza – przewodnika**:

nie

tak – uzasadnić:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej, ważne 3 miesiące od daty wystawienia
** zaznaczyć właściwe