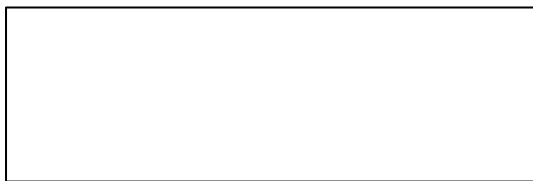


...../...../.....
nr kolejny powiat rok złożenia
wniosku wniosku wniosku



.....
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 nrwydanym w dniu
przez PESEL
zamieszkały/a w ulica
nr domu nr lokalu kod pocztowy - poczta
powiat województwonr 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. Wnioskuję 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 2024 r. poz. 323 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 2024 r., poz. 44 z późn. zm.] 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, SKOĞN (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