

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych tłumacza
języka migowego/tłumacza przewodnika

CZĘŚĆ A- DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca składa wniosek w imieniu	<input type="checkbox"/> Własnym <input type="checkbox"/> Innej osoby
Postanowieniem Sądu	
Z dnia	
Sygnatura akt	
Repertorium numer	
Zakres pełnomocnictwa	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię (imiona) i nazwisko	
Pesel	
Data urodzenia	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

ADRES KORESPONDENCYJNY

(Wypełnić tylko w przypadku, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię (imiona) i nazwisko	
Pesel	
Data urodzenia	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	

Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY BĄDŹ PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> Bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

(średnia za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, podzielona przez ilość osób w gospodarstwie domowym)

Rodzaj gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> wspólne <input type="checkbox"/> indywidualne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym	

Czy korzystano już ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem

(Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.)

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

CZĘŚĆ B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. CEL DOFINANSOWANIA**

Rodzaj dofinansowania:	
Cel dofinansowania:	

II. KOSZTY REALIZACJI

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Liczba godzin:	
Cena za godzinę:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronach GUS).

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

Miejsce realizacji:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę.
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Właściciel konta:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

CZĘŚĆ C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE
SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą.
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca.
- Bezrobotny poszukujący pracy.
- Rencista poszukujący pracy.
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy.
- Dzieci i młodzież do lat 18.
- Inne / jakie?.....

OŚWIADCZENIE

1. w związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania do **usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika dla osoby niepełnosprawnej**, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **posiadam** obowiązkowe **środki finansowe** na pokrycie różnicy wynikającej z całkowitego kosztu usługi, a ewentualnym dofinansowaniem z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku,
2. **nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy, oraz **nie jestem** płatnikiem podatku VAT,
3. uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1, ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,
4. o **zmianach** zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu **7 dni od ich wystąpienia**.

.....
(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy,
Przedstawiciela Ustawowego, Pełnomocnika)

..... Data wpływu kompletnego wniosku
..... Pieczęć i podpis pracownika

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

1.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu).
2.	Oferta cenowa na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W CELU DOFINANSOWANIA USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB
USŁUG TŁUMACZA PRZEWODNIKA*

Imię (imiona) i nazwisko	
Pesel	
Data urodzenia	

Posiada schorzenia lub dysfunkcje:*

- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne (jakie?).....

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego*/ usług tłumacza przewodnika*

- Nie
- Tak – uzasadnienie:

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

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)

* właściwie zaznaczyć