

Pieczęć PCPR
--------------

402... /...../..... nr wniosku
..... data wpływu

## WNIOSEK

### O dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### Część A: DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

##### I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:	
adres: ..... .....	
Powiat:	województwo:
PESEL:	
Seria i numer dowodu osobistego:	
nr telefonu:	
Nazwa banku i nr rachunku:	

##### II. Stopień niepełnosprawności:

<b>1. Znaczny</b>	
inwalidzi I grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy i do samodzielnej egzystencji	
osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (z zasiłkiem pielęgnacyjnym)	
osoby w wieku do lat 16 (z orzeczeniem o niepełnosprawności)	
<b>2. Umiarkowany</b>	
inwalidzi II grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy	
<b>3. Lekki</b>	
pozostali inwalidzi III grupy	
osoby częściowo niezdolne do pracy	
osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

##### III. Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

#### IV. Sytuacja zawodowa:

1. zatrudniony	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*	
4. rencista poszukujący pracy*, rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	

#### V. Wnioskodawca oraz osoby z nim zamieszkujące:

Imię i nazwisko	pokrewieństwo	Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

#### VI. Średni miesięczny dochód netto przypadający na osobę:

1. poniżej 100,00zł	
2. 101,00 - 200,00zł	
3. 201,00 - 300,00zł	
4. 301,00 - 400,00zł	
5. 401,00 - 500,00zł	
6. 501,00 - 600,00zł	
7. 601,00 - 700,00zł	
8. 701,00 - 800,00zł	
9. powyżej 800,00zł	

#### VII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON

a) nie korzystałem	
b) korzystałem z dofinansowania	
cel dofinansowania: .....	
nr umowy i data zawarcia: .....	
kwota dofinansowania: .....	
stan rozliczenia: .....	
cel dofinansowania: .....	
nr umowy i data zawarcia: .....	
kwota dofinansowania: .....	
stan rozliczenia: .....	
cel dofinansowania: .....	
nr umowy i data zawarcia: .....	
kwota dofinansowania: .....	
stan rozliczenia: .....	

**Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:****I. CEL DOFINANSOWANIA - WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO:**1) Tłumacza języka migowego 2) Tłumacza - przewodnika 

\*właściwe zaznaczyć

Przewidywany koszt ogólny: ..... zł

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....zł

słownie: .....

**Miejsce realizacji zadania, termin rozpoczęcia i przewidywany czas oraz koszt jego realizacji:**

	Okres usługi	Liczba godzin	Zakres świadczenia usługi	Przewidywany koszt (brutto)
Tłumacza języka migowego	1.....	1.....	1.....	1.....
	2.....	2.....	2.....	2.....
	3.....	3.....	3.....	3.....
	4.....	4.....	4.....	4.....
	5.....	5.....	5.....	5.....
				RAZEM:.....
Tłumacza - przewodnika	1.....	1.....	1.....	1.....
	2.....	2.....	2.....	2.....
	3.....	3.....	3.....	3.....
	4.....	4.....	4.....	4.....
	5.....	5.....	5.....	5.....
				RAZEM:.....

Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

.....

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

.....

**Dane opiekuna prawnego/ pełnomocnika:**

Imię i nazwisko:	
ulica:	nr domu
miejsowość :	kod pocztowy
Powiat:	województwo
PESEL:	NIP
Seria i numer dowodu osobistego:	
nr telefonu:	

1. Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883)
3. Oświadczam, nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie w ciągu 3 ostatnich lat.
4. Oświadczam, że zostałem poinformowany iż mój wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika zostanie rozpatrzony z chwilą uzyskania środków finansowych przeznaczonych na ten cel. W związku z tym wyrażam zgodę na nie przysyłanie comiesięcznej informacji o braku środków i związanym z tym późniejszym rozpatrzeniem mojego wniosku.

.....  
**Podpis Wnioskodawcy\*/przedstawiciela ustawowego\*/  
opiekuna prawnego\*/ pełnomocnika\***

**Załączniki do wniosku:**

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (ważne 1 m-c od daty wystawienia)
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 świadczą będą usługę).

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim)

**UWAGA: ZAŚWIADCZENIE DLA CELÓW POMOCY SPOŁECZNEJ**

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:

**Rodzaj schorzeń:**

słuch /mowa

wzrok

**Inne:**

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

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

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

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis lekarza