

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON
usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika dla osoby
niepełnosprawnej

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko Wnioskodawcy.....
seria nr dowodu osobistego wydanego dnia przez
..... PESEL :
Adres zamieszkania: Siedlce, ul.....
Adres zameldowania (z kodem)
Telefon kontaktowy:
.....

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko:
seria nr dowodu osobistego wydanego dnia
przezPESEL
zamieszkały: Siedlce, ul.....
Telefon kontaktowy

POSIADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ORZECZENIE (zakresić właściwe)

- | | | | |
|--|----------|--------------|--------|
| a) o stopniu niepełnosprawności: | znacznym | umiarkowanym | lekkim |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów | I | II | III |
| c) o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji, | | | |
| d) o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, | | | |
| e) o niepełnosprawności (dot. dzieci do 16 roku życia). | | | |

CEL DOFINANSOWANIA – WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO :

a) Tłumacza języka migowego ☐

b) Tłumacza – przewodnika ☐

Przedmiot dofinansowania (z podaniem ilości godzin tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika) i miejsce realizacji:

.....

.....

.....

.....

Przewidywany koszt zadania:

.....

.....

***właściwe zaznaczyć**

KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA:

(słownie: zł)

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

DANE TŁUMACZA:

Imię i nazwisko:..... NR NIP

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

.....

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku:

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak:	Nie:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel dofinansowania	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON, MOPR, Samorząd Powiatowy)

SPOSÓB REALIZACJI DOFINANSOWANIA (zakreślić właściwe) :

1. gotówką, w kasie Urzędu Miasta
2. na rachunek bankowy (podać właściciela i nr)
.....;
3. na rachunek bankowy tłumacza

OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił:

..... zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

.....

Data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

- OŚWIADCZAM, ŻE NIE MAM ZALEGŁOŚCI WOBEC PFRON ORAZ ŻE W CIĄGU TRZECH LAT PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU NIE BYŁEM/AM STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU I ROZWIĄZANEJ Z PRZYCZYN LEŻĄCYCH PO MOJEJ STRONIE
- OŚWIADCZAM, ŻE WYRAŻAM ZGODĘ NA UMIESZCZENIE I PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB NIEZBĘDNYCH PODCZAS REALIZACJI ZADAŃ USTAWOWYCH ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29 SIERPNIA 1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ. U. Z 2002 R. NR 101, POZ. 926, Z PÓŹN. ZM.).
- UPRZEDZONY O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 § 1 KODEKSU KARNEGO ZA SKŁADANIE FAŁSZYWYCH ZEZNAN, W ZWIĄZKU Z PRZEPISEM ART. 75 § 2 KODEKSU POSTĘPOWANIA ADMINISTRACYJNEGO OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W NINIEJSZYM WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ. O ZMIANACH ZAISTNIAŁYCH PO ZŁOŻENIU WNIOSKU ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ POINFORMOWAĆ W CIĄGU 14 DNI.

Siedlce, dnia

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Zgodnie z zasadami dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Dofinansowaniu nie podlega świadczenie usługi przez tłumacza PJM, SJM i SKOGN 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).

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW /DOKUMENTÓW (WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPR)

NAZWA DOKUMENTU	ZAŁĄCZONO TAK/NIE	DATA UZUPEŁNIENIA
1. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)		
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę w sposób czytelny i w języku polskim zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń (zgodnie z załącznikiem)		
3. Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki, w przypadku osoby niepełnosprawnej uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.		
4. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.		
5. Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę)		

.....
podpis pracownika MOPR

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

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

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania:
PESEL:

posiada schorzenia lub dysfunkcje:

1. słuchu
2. mowy
3. inne

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

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika
(należy właściwą usługę zakreślić)

☐ - Nie

☐ - Tak – uzasadnienie:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

***zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę.**