**Załącznik nr 3**

*WZÓR*

**Wniosek osoby mającej stały lub bezpośredni kontakt z osobą uprawnioną o dofinansowanie kosztów szkolenia polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM), sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) lub tłumacza-przewodnika**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: | | | |
| 2. Data wypełnienia wniosku: | | | |
| **I. Dane wnioskodawcy** | | | |
| 3. Imię | 4. Nazwisko | 5. Płeć* ☐ kobieta ☐ mężczyzna | |
| 6. Numer PESEL** | 7. Nr telefonu i nr faksu*** | 8. Adres poczty elektronicznej (e-mail)*** | |
| **Adres zamieszkania*** | | ☐ miasto | ☐ wieś |
| 9. Województwo**** | 10. Miejscowość | | 11. Kod pocztowy |
| 12. Poczta | 13. Ulica | 14. Nr domu | 15. Nr lokalu |
| **Adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania** | | | |
| 16. Województwo**** | 17. Miejscowość | | 18. Kod pocztowy |
| 19. Poczta | 20. Ulica | 21. Nr domu | 22. Nr lokalu |
| **II. Przedmiot dofinansowania*****| | | |
| 23. PJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)<br>24. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)<br>25. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany)<br>26. tłumacz-przewodnik (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) | | | |
| **III. Nazwa i adres organizatora szkolenia:** | | | |
| **IV. Termin i liczba godzin szkolenia:** | | | |
| **V. Koszt szkolenia:** | | | |
| **VI. Uzasadnienie celu szkolenia:** | | | |
| **VII. Posiadam stały i bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się, w ramach*:** | | | |
| ☐ wykonywania obowiązków służbowych | | ☐ wykonywanej działalności gospodarczej | |
| ☐ wykonywanej działalności społecznej | | ☐ wykonywania innych obowiązków, jakich: | |

**VIII. Ukończone kursy i szkolenia:**

| Lp. | Rok ukończenia | Liczba godz. | Rodzaj (PJM, SJM, SKOGN, tłumacz-przewodnik) | Poziom |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

Oświadczam, że:

1) nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),

2) w bieżącym roku nie korzystałem (-łam) ze środków PFRON na szkolenie PJM, SJM,SKOGN lub tłumacza-przewodnika,

3) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach szkolenia.

…….
(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania)

* Właściwe zaznaczyć.

** W przypadku nieposiadania numeru PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

*** Pole nieobowiązkowe.

**** Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

***** Właściwe podkreślić.