

Nr wniosku.....

Data złożenia wniosku.....
wypełnia PCPR

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO /
TŁUMACZA PRZEWODNIKA**
(wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

I. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

Imię i nazwisko.....

PESEL..... dowód osobisty seria.....nr.....

wydany w dniu.....przez.....

adres zamieszkania.....ulica.....

nr kodu-.....pocztą.....nr telefonu.....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO* (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY
NIEPEŁNOLETNIEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO* LUB PEŁNOMOCNIKA***

Imię i nazwisko.....

PESEL.....dowód osobisty seria.....nr.....

wydany w dniu.....przez.....

adres zamieszkania.....ulica.....

nr kodu.....-.....pocztą.....nr telefonu.....

Opiekun prawny* ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....

sygn. akt*

Pełnomocnik * na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia

Repertorium nr.....

II. Stopień niepełnosprawności (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

znaczny/ I grupa/ całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	
umiarkowany/ II grupa/ całkowita niezdolność do pracy	
lekki/ III grupa/ częściowa niezdolność do pracy	
osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat	

III. Sytuacja zawodowa (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
młodzież od lat 18 do 24, 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	

IV. Miejsce realizacji zadania

.....
.....

V. Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku)

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

VI. Przewidywany koszt realizacji zadania (ilość godzin * cena za 1 godz.)

słownie:.....

VII. Termin rozpoczęcia

VIII. Przewidywany czas realizacji zadania

IX. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich trzech lat: tak ☐, nie ☐ (jeżeli tak to proszę wypełnić poniższą tabelkę)

cel dofinansowania	rok i numer zawartej umowy	kwota przyznanego dofinansowania	stan rozliczenia

X. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie więcej niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę świadczenia usługi) zł.

(słownie:.....)

XI. Forma przekazania środków finansowych na dofinansowanie likwidacji barier (zaznaczyć właściwe)

- ☐ przelew na konto wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko).....

Nazwa banku.....

Nr rachunku bankowego.....

- ☐ w kasie Starostwa Powiatowego w Nowym Dworze Gdańskim, ul. gen. W. Sikorskiego 23
☐ konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

O Ś W I A D C Z E N I E

1. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Oświadczam, że mam/nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz byłem(am)/nie byłem(am) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie z Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

3. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, mojego dziecka/podopiecznego w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).

4. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

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

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Przyznano kwotę dofinansowania w wysokości:.....

słownie:.....

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora)

UMOWA NR.....z dnia.....

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego równoważnik (oryginał do wglądu),
2. Zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
2. Ksero dowodu osobistego (oryginał do wglądu),
3. Oferta cenowa na usługi tłumacza języka migowego /tłumacza – przewodnika.

**Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza migowego/
tłumacza przewodnika**

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Gdańskim
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko
zamieszkała(y)
PESEL

Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:

- ☐ słuchu
☐ mowy
☐ inne (jakie)

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

**Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza
przewodnika (zaznaczyć właściwe):**

- ☐ nie
☐ tak – uzasadnienie:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)