**Nr wniosku: [CPR.VII.4024. 1] - 2024/…/…/RSTJM/WNIOSEK/ …**

**WNIOSEK**

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
| **ROLA WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Wnioskodawca składa wniosek: |  |
| Postanowieniem Sądu: |  |
| Z dnia: |  |
| Sygnatura akt: |  |
| Imię i nazwisko notariusza: |  |
| Repertorium nr: |  |
| Zakres pełnomocnictwa: | pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie do rozliczenia dofinansowaniado zawarcia umowydo udzielenia dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wnioskudo złożenia wnioskuinne |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Imię: |  |
| Drugie imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Płeć: |  kobietamężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Rodzaj miejscowości: |  miastowieś |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** |
|  Taki sam jak adres zamieszkania |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
|  |
| **DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Imię: |  |
| Drugie imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Płeć: |  kobietamężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Rodzaj miejscowości: |  miastowieś |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
|  |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: |  taknie |
| Stopień niepełnosprawności: |  Znaczny Umiarkowany Lekkinie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest do: |  bezterminowookresowo do dnia ……………………………….. |
| Grupa inwalidzka: |  I grupa II grupa III grupanie dotyczy |
| Niezdolność: | Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny Osoby całkowicie niezdolne do pracy Osoby częściowo niezdolne do pracy Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy  w gospodarstwie rolnymNie dotyczy |
| Rodzaj niepełnosprawności: | 01- U – upośledzenie umysłowe02-P – choroby psychiczne03 -L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  osoba głucha osoba głuchoniema 04-O – narząd wzroku  osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma05-R – narząd ruchuwnioskodawca lub dziecko/ podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego dysfunkcja obu kończyn górnych06-E – epilepsja 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia08-T – choroby układu pokarmowego 09-M – choroby układu moczowo – płciowego10-N – choroby neurologiczne11-I – inne12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności).Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności: | taknie |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | 2 przyczyny3 przyczyny |
|  |
| **ŚREDNI DOCHÓD** |
| Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:indywidualnie  wspólnieOświadczam, 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 ……………………………..złLiczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ………, w tym osób niepełnosprawnych…. . |
| **KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON** |
| 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.Ze środków finansowych PFRON:nie korzystałam/ emkorzystałam/em |
| CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |

 **Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

|  |
| --- |
| **I.CEL DOFINANSOWANIA** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Rodzaj dofinansowania: |  |
| Cel dofinansowania: |  |
| **II. KOSZT REALIZACJI** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): |  |
| Słownie: |  |
| Liczba godzin: |  |
| 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** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Miejsce realizacji :** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |
|  |
| **FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH** |
|  Przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę: |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |
| w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi |

**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** |
| Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.Oświadczam, ze zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, sporządzonej z godnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), zamieszczonej na stronie internetowej: [www.pcpr.powiat-zielonogorski.pl](http://www.pcpr.powiat-zielonogorski.pl).Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie. |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |
|  |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| Lista |
| 1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń (druk: zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia).
3. Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/ uczelni o kontynuowaniu nauki, w przypadku osoby uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.
4. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego 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).
 |
|  |

**…………………………………………..**

**(**pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

 lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II w Zielonej Górze**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Zamieszkały/ Zamieszkała:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Pacjent posiada schorzenie lub dysfunkcje:** |  słuchumowy inne (jakie?)………………………………………………….…………………………………………………………………….. |
| **Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:** |  nietak – uzasadnienie: ………………………………………….………………………………………………………………………. |