**Data wpływu: Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

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

 **Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

**Nazwa pola Wartość**

**Imię:**

**Drugie imię: Nazwisko: PESEL:**

**Data urodzenia: Płeć:**

* mężczyzna
* kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

**Nazwa pola Wartość**

**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

**Nazwa pola Miejscowość:**

**Ulica:**

**Nr domu:**

**Nr lokalu:**

**Kod pocztowy: Poczta:**

**Wartość**

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

**Nazwa pola Wartość**

**Imię:**

**Drugie imię: Nazwisko: PESEL:**

**Data urodzenia: Płeć:**

* mężczyzna
* kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

**Nazwa pola Wartość**

**Miejscowość:**

**Ulica:**

**Nr domu:**

**Nr lokalu:**

**Kod pocztowy:**

**Poczta:**

**Nr telefonu:**

**Adres e-mail:**

**Rodzaj miejscowości:**  miasto

* + wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**Nazwa pola Wartość**

**Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:**

**Stopień niepełnosprawności:**

**Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:**

**Numer orzeczenia: Grupa inwalidzka:**

**Niezdolność:**

**Rodzaj niepełnosprawności:**

* tak
* nie
* Znaczny
* Umiarkowany
* Lekki
* Nie dotyczy
* bezterminowo
* okresowo – do dnia:
* I grupa
* II grupa
* III grupa
* nie dotyczy
* 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
* 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:**

**Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):**

* tak
* nie
* 2 przyczyny
* 3 przyczyny

 ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

* indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

 KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

* nie korzystałem
* korzystałem

**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

**Cel dofinansowania**

**Nr umowy**

**Data zawarcia umowy**

**Kwota dofinan- sowania**

**Stan rozliczenia**

 **Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

**Nazwa pola Rodzaj dofinansowania:**

**Cel dofinansowania:**

**I. CEL DOFINANSOWANIA**

**Wartość**

**Nazwa pola**

**Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):**

Słownie:

**Liczba godzin: Cena za godzinę:**

**Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:**

Słownie:

**II. KOSZTY REALIZACJI**

**Wartość**

**III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA**

**Nazwa pola Wartość**

**Miejsce realizacji: Termin rozpoczęcia:**

**Przewidywany czas realizacji:**

 IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

**Nazwa pola Właściciel konta:**

**Nazwa banku:**

**Nr rachunku bankowego:**

**Wartość**

* W kasie lub przekazem pocztowym
* 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

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: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

*Miejscowość*

*Data*

*Podpis Wnioskodawcy*

 **Część D – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

 OŚWIADCZENIE

1. Uprzedzony/uprzedzona 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/byłam /  nie byłem/nie byłam 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.

*Miejscowość*

*Data*

*Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania 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 o stanie zdrowia (druk we wniosku).
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)
 |

KLAUZULA INFORMACYJNA

**Treść klauzuli**

 Zgodnie 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), informujemy, iż:

 Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II
 w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze, ul. Podgórna5, kod pocztowy 65-057, adres e-mail:
 sekretariat@pcpr.powiat-zielonogorski.pl , tel. 68 452 75 90.

 Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywało na podstawie art. 6 ust. 1 RODO i w celu
 ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

 Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II
 w Zielonej Górze: adres korespondencyjny: 65 – 057 Zielona Góra, ul. Podgórna 5, adres e-mail:
 k.bezak@pcpr.powiat–zielonogorski.pl, tel. 68 452 75 90.

 Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów jednolitego rzeczowego wykazu
 akt obowiązujących w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II w Zielonej Górze.

 Zgodnie 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), informujemy, iż:

 Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II
 w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze, ul. Podgórna5, kod pocztowy 65-057, adres e-mail:
 pcpr@powiat.zgora.pl, tel. 68 452 75 90.

 Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania.

 Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym warunkującym zawarcie umowy/
 przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
 Brak podania danych osobowych będzie skutkował pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

 Informujemy, że pani/ Pana dane osobowe będą przekazywane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
 Niepełnosprawnych i umieszczane w Systemie Obsługi Wsparcia.

 Pani/ Pana Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

 ……………………………….. …………………………………………..

 data czytelny podpis

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**

**Nazwa pola Imię i nazwisko:**

**Zamieszkały/zamieszkała:**

**Wartość**

**PESEL:**

**Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:**

* słuchu
* mowy
* inne (jakie)

**Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:**

* nie
* tak – uzasadnienie: