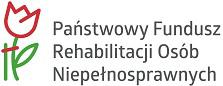
**Nr wniosku: [CPR.VII.4024. 1] - 2024/…/…/RSTJM/WNIOSEK/ …**

**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  wspólnie  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 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: ………………………………………….  ………………………………………………………………………. |