

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

Wnioskodawca (wypełnić drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko

Data urodzenia PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Nr telefonu

Posiadane orzeczenie *:

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
- c) o całkowitej / częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym /
i niezdolności do samodzielnej egzystencji.*
- d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Rodzaj niepełnosprawności *: narząd ruchu , narząd słuchu , narząd wzroku,

inny (jaki:))

Sytuacja zawodowa (wstawić *X* we właściwej rubryce)

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież od lat 18 do 24 , ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
4. rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

Informacja o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

(właściwe podkreślić):

1. Nie korzystałem/łam
2. Korzystałem/łam

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

L.p.	Nr i data zawartej Umowy	Cel dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia środków PFRON	
				Kwota przyznana	Kwota rozliczona

Proszę o dofinansowanie:

.....
(przedmiot dofinansowania)

Deklarowany udział własny wnioskodawcy:

1. Deklaruję pokrycie obowiązkowego udziału w kosztach realizacji zadania	
2. Deklaruję pokrycie% kosztów realizacji zadania	

Miejsce realizacji

zadania :

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania w zł: (cyfrą).....

(słownie zł).....

Kwota wnioskowanego dofinansowania zł. (max 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia)

cyfrą:(słownie zł).....

Krótkie uzasadnienie wniosku (cel dofinansowania):

.....

.....

.....

.....

.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

Nazwa banku i nr rachunku bankowego

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Funduszu, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie *byłem/byłam* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczenie

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, 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:

(*Pouczenie na odwrocie*).

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom (a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....
(data)

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

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka..... dowód osobisty
nazwisko i imię/imiona *imię ojca*

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

nr kodu-..... poczta.....województwo/powiat/.....

miejsowość ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*.....

(*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn..... sygn akt.*

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn.....repert. nr.....)

Oświadczam , że :

1. Podane informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
2. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanej usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
(data)

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

* właściwe podkreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej, w przypadku osób do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności .
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie opisujące rodzaj schorzenia, uzasadniające potrzebę wykonania wnioskowanej usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika. Zaświadczenie powinno zawierać zapis, że zostało wydane dla potrzeb PCPR w Zamościu, celem uzyskania dofinansowania ze środków PFRON.
3. Dokument ustanawiający opiekuna prawnego (dotyczy osób ubezwłasnowolnionych).
4. Inne dokumenty wymagane przez PCPR w Zamościu niezbędne do rozpatrzenia wniosku.

UWAGA: Przy składaniu wniosku należy okazać oryginały dokumentów występujących jako załączniki, celem poświadczenia kserokopii za zgodność z oryginałem. Dotyczy to w szczególności orzeczenia o niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej.

Nie ma możliwości pokrycia ze środków PFRON kosztów poniesionych przez Wnioskodawcę przed podpisaniem umowy ze Starostą Zamojskim, dlatego też nie należy dokonywać zakupu związanego z realizacją zadania przed podpisaniem stosownej umowy.

Dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika, nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu
celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

(PROSIMY WYPEŁNIĆ W JĘZYKU POLSKIM)

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

2. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenia) osoby niepełnosprawnej.

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

3. Czy zdaniem lekarza prowadzącego zachodzi potrzeba posiadania usługi języka migowego lub tłumacza – przewodnika.

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

Zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu , celem uzyskania dofinansowania ze środków PFRON.

.....
pieczętka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celach uzyskania dofinansowania ze środków PFRON.

.....
(data, podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu reprezentowane przez Dyrektora. (ul. Przemysłowa 4, 22-400 Zamość, telefon kontaktowy: 84 53 00 942).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: andrzej@e-direction.pl lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON, jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz.511 z późn.zm.).
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora m.in. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Ponadto Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 2.

Potwierdzam przyjęcie informacji do wiadomości

Zamość, dnia

Podpis czytelny

OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany/a

zamieszkały/a

oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostawały następujące osoby:

X		Średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych ¹
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
	Razem:	

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych. Obliczony za kwartał poprzedzający m – c złożenia wniosku, wyniósł zł.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....
(miejscowość) (data) (podpis Wnioskodawcy)

¹Jest to średni **miesięczny dochód** (netto) wyliczony z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

1. **„Samodzielne gospodarstwo domowe”** (jednoosobowe) oznacza sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.
2. Przez pojęcie **„wspólne gospodarstwo domowe”** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Do członków rodziny zalicza się: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne.

Do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, **nie uwzględnia się świadczeń rodzinnych** wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.