

**WNIOSEK**

**O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA  
MIGOWEGO LUB TŁUMACZA PRZEWODNIKA**

**I. DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

PESEL: .....

Dowód osobisty: seria..... nr ..... wydany przez .....

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Ulica/nr domu/mieszkania .....

Kod .....-..... Miejscowość .....

Telefon ..... e-mail .....

**ADRES KORESPONDENCYJNY: (jeśli jest inny niż ww.)**

Ulica/nr domu/mieszkania .....

Kod .....-..... Miejscowość .....

Telefon .....e-mail.....

**II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO\* (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY  
NIEPELNOLETNIEJ) OPIEKUNA PRAWNEGO\* LUB PEŁNOMOCNIKA\***

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Dowód osobisty: seria ..... nr ..... wydany przez .....

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Ulica/nr domu/mieszkania .....

Kod .....-..... Miejscowość .....

Telefon ..... e-mail .....

Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem\* .....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... sygn. akt...../

na mocy pisemnego pełnomocnictwa z dnia .....)

**III. STOPIEŃ NIEPELNOSPRAWNOŚCI:\***

Znaczny (całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub I grupa inwalidztwa)

Umiarkowany (całkowita niezdolność do pracy lub II grupa inwalidztwa)

Lekki (częściowa niezdolność do pracy lub III grupa inwalidzka)

Orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia

**Ważność dokumentu:\***

Stała       Okresowa – do .....

**IV. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM - imię i nazwisko osoby wymienionej w pkt 1  pkt 2  (zaznacz właściwy kwadrat)**

W celu umożliwienia przelania kwoty dofinansowania na konto osobiste proszę podać:

Nazwę banku .....

Nr konta osobistego.....

Imię i nazwisko właściciela konta.....

**V. FORMA PRZEKAZANIA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA (zaznacz właściwy kwadrat)**

rachunek bankowy podany w pkt IV

odbiór osobisty/ osoba upoważniona (PCPR Nisko, pok. nr 1)

rachunek bankowy tłumacza

**VI. CEL DOFINANSOWANIA – WNIOSKUJE O DOFINANSOWANIE DO (zaznacz właściwy kwadrat)**

a) usług tłumacza języka migowego

b) usług tłumacza – przewodnika

**VII. MIEJSCE ORAZ TERMIN ROZPOCZECIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA WRAZ Z UZASADNIENIEM KONIECZNOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA**

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

**VIII. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA**

1) przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika  
..... zł brutto (słownie złotych: .....)

2) przewidywana łączna liczba godzin usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika  
.....

3) przewidywany łączny koszt usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika  
..... zł brutto (słownie złotych: .....)

**IX. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA** .....zł brutto  
(słownie złotych: .....)

**X. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Wnioskodawca posiada/ nie posiada \* wymagalne zobowiązania wobec PFRON.

Jeżeli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania:.....

Wnioskodawca był/ nie był \* stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy.

Jeżeli tak, podać nr i datę rozwiązywanej umowy, przedmiot umowy i przyczynę jej rozwiązania  
.....

**XI. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I OSOBACH POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Niepełnosprawność		Średni miesięczny dochód*
			Stopień	Rodzaj	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
			<b>RAZEM</b>		

Oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje.....osób, a 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 ..... gr

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

**Przyjmuję do wiadomości, iż:**

- Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Nizańskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
- Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla powiatu nizańskiego na dany rok kalendarzowy.
- Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.
- Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze Starostą Nizańskim.
- Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

**Załączniki wymagane do wniosku:**

- kopię orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopię wypisu z treści orzeczenia (**oryginał do wglądu**),
- aktualne zaświadczenie lekarskie (wystawione czytelnie, w języku polskim, zgodnie z załącznikiem do wniosku),
- dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM (Polski Język Migowy), SJM (System Językowo – Migowy), SKOGN (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych) (**dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę**),
- oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**),
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (**oryginał do wglądu**),

.....  
*data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej\* lub jej pełnomocnika\*, przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*)*

\* niepotrzebna skreślić

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wypisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr .....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

....., dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku  
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
**usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika***

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:

4)  słuchu

5)  mowy

6)  inne (jakie)

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

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

7)  nie

8)  tak – uzasadnienie:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza )

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### Obsługa wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON

**Zgodnie z art. 13 ust. 1i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:**

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku z siedzibą w Nisku pod adresem 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7, tel. 15 84 16 368, e-mail: [poczta@pcpr-nisko.pl](mailto:poczta@pcpr-nisko.pl)
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pan Andrzej Kołodziej, z którym można się skontaktować pod e-mail: [poczta@pcpr-nisko.pl](mailto:poczta@pcpr-nisko.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu :  
*Przyznanie dofinansowania ze środków PFRON*

Na podstawie:

*Art. 4 ust. 1, pkt. 5 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 o samorządzie powiatowym, art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie:

*Brak odbiorców danych*

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu usunięcia zgodnie z kategorią archiwalną tj.:

*Zgodnie z kategorią archiwalną.*

7. Posiada Pani/Pan prawo:
  - a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
  - b) prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania,
  - c) prawo do przenoszenia danych,
  - d) prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obligatoryjne, a ich zakres został określony w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego oraz w przepisach szczegółowych, konsekwencją niepodania tych danych będzie pozostawienie podania bez rozpoznania.
10. Pani/Pan dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

**Zapoznałem/am się.....**