

WNIOSEK

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

I. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy.

Imię	Nazwisko
Miejsce zamieszkania	Ulica/nr domu
Kod pocztowy	Miejscowość
Dowód osobisty (seria i numer)	Wydany w dniu: przez:
PESEL	Telefon
Nazwa banku:	
Nr rachunku:	

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniej osoby niepełnosprawnej), opiekun prawny lub pełnomocnik:

.....
(Imię i nazwisko)

Dokument tożsamości seria nr wydany w dniu przez

nr PESEL.....miejscowość zamieszkania

.....ulica nr domu/lokalu.....

poczta.....powiat województwo.....

nr tel.ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem

postanowieniem Sądu z dnia

sygn. Akt..... na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. Nr

II. Stopień niepełnosprawności*

1.	Znaczny	
a	Inwalidzi I grupy	
b	Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
c	Osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolne do samodzielnej egzystencji (orzeczenia wydane przed 01.01.1998 r.)	
2.	Umiarkowany	
a	Inwalidzi II grupy	
b	Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	Lekki	
a	Pozostali inwalidzi III grupy	
b	Osoby częściowo niezdolne do pracy	
c	Osoby niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenia wydane przed 01.01.1998 r.)	
4.	Dzieci i młodzież w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. Naruszenie sprawności organizmu (ważność dokumentu)

Czasowe (okresowe) do:	
Stałe (trwałe)	

* wstaw X we właściwej rubryce

IV. Rodzaj niepełnosprawności*

Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
Inne (wymienić jakie):	

V. Sytuacja mieszkaniowa –Osoba niepełnosprawna zamieszkuje*

1.	Samotnie	
2.	Z rodziną	
3.	Z osobami niespokrewnionymi	

VI. Cel dofinansowania

1.	Tłumacz języka migowego	
2.	Tłumacz -przewodnik	

* wstaw X we właściwej rubryce

VII. Przewidywany koszt realizacji zadania

Przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika(maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi)	
Przewidywana łączna liczba godzin usługi tłumacza języka migowego	

Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania:.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w złotych:

(słownie:zł)

VIII. Miejsce realizacji zadania

IX.

.....

X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

XI. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika.....

.....

XII. Nazwa banku i nr rachunku bankowego podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika

Bank.....

Nr rachunku.....

XIII. Uzasadnienie składanego wniosku

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

XIV. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres 3 ostatnich lat)

Lp.	Nr. zawarcia umowy	Data zawarcia umowy	Cel dofinansowania	Kwota przyznana	Kwota rozliczona

***W przypadku niekorzystania z dofinansowania proszę wpisać „nie dotyczy”**

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 („Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych we wniosku oraz załącznikach. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że:

- **nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem(-łam) w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,**
- **podane informacje są zgodne z prawdą,**
- **zapoznałem(-łam) się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie.**

.....
/miejsowość, data/

.....
/czytelny podpis Wnioskodawcy,
opiekuna prawnego /pełnomocnika/

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z osobą niepełnosprawną, której wniosek dotyczy, w przypadku takich osób.
3. Oświadczenie o dochodach osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy i osób wspólnie zamieszkałych.
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
5. Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.
6. Plan zajęć z przewidzianą liczbą godzin lekcyjnych usług tłumacza języka migowego.
7. Dokument potwierdzający wpis tłumacza do rejestru Wojewody.
8. Inne.

O Ś W I A D C Z E N I E

o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany(a),
zamieszkały(a) oświadczam, co następuje:
Liczba osób w mojej rodzinie pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (łącznie ze mną) wynosi osób.

Lp.				Średni miesięczny dochód netto
1.	Osoba niepełnosprawna, której wniosek dotyczy			
Pozostali członkowie gospodarstwa domowego wspólnie się utrzymujące i mieszkające bez względu na wiek i pokrewieństwo (w tym osoby niepełnosprawne)				
	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
RAZEM				

Rodzina posiada*/nie posiada* gospodarstwo rolne o powierzchni ha przeliczeniowego i osiąga z niego miesięczny dochód w kwocie zł.

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: zł.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 („Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy* lub przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

* niepotrzebne skreślić

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie usług
tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika ze środków Państwowego
Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności:

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

3. Uzasadnienie celowości korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-
przewodnika przez osobę niepełnosprawną.

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie