

Pieczęć PCPR

.....
nr wniosku.....
data wpływu kompletnego wniosku**WNIOSEK****o dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych****I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko:		
ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
miejsowość:	kod pocztowy:	poczta:
Powiat:	województwo:	
PESEL:		
Seria i nr dowodu osobistego:		nr telefonu:
Nr rachunku bankowego:		

II. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności (wstawić „X” we właściwej kratce)

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> osoba w wieku do lat 16 (z orzeczeniem o niepełnosprawności)		
Ww. dokument ważny jest:		
<input type="checkbox"/> bezterminowo	<input type="checkbox"/> okresowo, do:	
	dzień - miesiąc - rok	
niepełnosprawność istnieje: <input type="checkbox"/> od urodzenia <input type="checkbox"/> od roku:		

III. Rodzaj niepełnosprawności (wstawić „X” we właściwej kratce)

<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim				
<input type="checkbox"/> inna dysfunkcja narządu ruchu				
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku				
<input type="checkbox"/> niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia				
Inne/dodatkové przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol)*				
<input type="checkbox"/> 01 -U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02-P upośledzenie psychiczne	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenie głosu mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11-I inne	

*o ile dotyczy

IV. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika (w przypadku, postanowienia sądu lub pełnomocnictwa notarialnego)

nie dotyczy

Imię i nazwisko:		
ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
miejsowość:	kod pocztowy:	poczta:
Powiat:	województwo:	
PESEL:		
Seria i nr dowodu osobistego:	nr telefonu:	

V. Korzystanie ze środków finansowych PFRON (wstawić „X” we właściwej kratce)

<input type="checkbox"/> korzystałem
jaki był cel dofinansowania :
nr umowy i data zawarcia:
kwota dofinansowania:
stan rozliczenia:
jaki był cel dofinansowania :
nr umowy i data zawarcia:
kwota dofinansowania:
stan rozliczenia:
jaki był cel dofinansowania :
nr umowy i data zawarcia:
kwota dofinansowania:
stan rozliczenia:
<input type="checkbox"/> nie korzystałem

VI. Przedmiot wniosku wnioskuję o dofinansowanie do:

1) Tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/>
2) Tłumacza – przewodnika <input type="checkbox"/>
<i>*właściwe zaznaczyć</i>
Przewidywany koszt ogólny: zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł
słownie:
Miejsce realizacji zadania, termin rozpoczęcia i przewidywany czas oraz koszt jego realizacji:

	Okres usługi	Liczba godzin	Zakres świadczenia usługi	Przewidywany koszt (brutto)
Tłumacza języka migowego	1.....	1.....	1.....	1.....
	2.....	2.....	2.....	2.....
	3.....	3.....	3.....	3.....
	4.....	4.....	4.....	4.....
	5.....	5.....	5.....	5.....
				RAZEM:.....
Tłumacza przewodnika	1.....	1.....	1.....	1.....
	2.....	2.....	2.....	2.....
	3.....	3.....	3.....	3.....
	4.....	4.....	4.....	4.....
	5.....	5.....	5.....	5.....
				RAZEM:.....

Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

.....

Nr wpisu do rejestru tłumaczy polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM) i sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN):

.....

.....
miejscowość, data

.....
Podpis Wnioskodawcy*/przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego*/pełnomocnika*

Załączniki do wniosku:

1. kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
2. aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności ,
3. pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (pełnomocnik lub opiekun prawny),
4. dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN (dotyczy tłumaczy, którzy świadczyć będą usługę).

VII. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:

Imię i nazwisko		średni miesięczny dochód netto (za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku)
Dane Wnioskodawcy:		x
1.		
Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym:		x
2		
3		
4		
5		
6		
7		
RAZEM		

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, przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł: zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz byłem/nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie w ciągu 3 ostatnich lat.

.....
miejsce, data

.....
Podpis Wnioskodawcy*/przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego*/pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Hrubieszowie – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza -
przewodnika dla osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności**
(wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzeń: słuch /mowa wzrok

Choroby współistniejące

.....

.....

.....

Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)