

Nr wniosku PCPR.734.....
 Data wpływu.....
 L.dz.....
 wypełnia PCPR



Państwowy Fundusz
 Rehabilitacji Osób
 Niepełnosprawnych

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA
 MIGOWEGO / TŁUMACZA PRZEWODNIKA
 (wypełnić czytelnie drukowanymi literami)**

I. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka*		opiekun prawny dziecka/podopiecznego*	
-----------------	--	---------------------------------------	--

*zaznaczyć x we właściwej rubryce

Imię i nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania

nr kodu - poczta nr telefonu

Opiekun prawny* ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.

sygn. akt*

Pełnomocnik* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia

Repertorium nr

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania

nr kodu - poczta nr telefonu.....

II. Stopień niepełnosprawności (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

znaczny/ I grupa/ całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	
umiarkowany/ II grupa/ całkowita niezdolność do pracy	
lekki/ III grupa/ częściowa niezdolność do pracy	
osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat	

III. Sytuacja zawodowa (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
młodzież od lat 18 do 24, 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	

IV. Miejsce realizacji zadania

.....
.....

V. Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku)

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

VI. Przewidywany koszt realizacji zadania (ilość godzin * cena za 1 godz.)

słownie:.....

VII. Termin rozpoczęcia.....

VIII. Przewidywany czas realizacji zadania.....

IX. Termin zakończenia.....

X. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich trzech lat: tak , nie
(jeżeli tak to proszę wypełnić poniższą tabelkę)

cel dofinansowania	rok i numer zawartej umowy	kwota przyznanego dofinansowania	stan rozliczenia

XI. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie więcej niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę świadczenia usługi) zł.

(słownie:.....)

XII. Forma przekazania środków finansowych na dofinansowanie likwidacji barier
(zaznaczyć właściwe)

- przelew na konto wnioskodawcy/ osoby wskazanej we wniosku
Właściciel konta (imię i nazwisko).....
Nazwa banku.....
Nr rachunku bankowego.....
- konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

O Ś W I A D C Z E N I E

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:

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych - art. 233 Kk oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że mam/nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz byłem(am)/nie byłem(am) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie z Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku innych niż wymienione w § 11 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dla celów złożonego wniosku.
4. Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszego wniosku

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

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

Wniosek rozpatrzono pozytywnie/negatywnie

Przyznano kwotę dofinansowania w wysokości:.....

słownie:.....

.....
 (pieczętka i podpis Dyrektora)

UMOWA NR.....z dnia.....

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
3. Dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego.
4. Zaświadczenie ze szkoły/uczelni - .dotyczy uczących się dzieci i młodzieży od 18 do 24 roku życia.
5. Oferta cenowa na usługi tłumacza języka migowego /tłumacza – przewodnika.

PRZY SKŁADANIU WNIOSKU NALEŻY OKAZAĆ DO WGLĄDU (na żądanie pracownika):

1. Dowód osobisty.
2. Akt urodzenia dziecka - w przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy posiada inne nazwisko niż niepełnoletnia osoba niepełnosprawna – Nr aktu.....
3. Dokument notarialny potwierdzający pełnomocnictwo.
4. Dokumenty uzasadniające wysokość dochodów (netto) wszystkich członków pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatniego kwartału przed złożeniem wniosku (do weryfikacji dochodu).