

Numer wniosku

**WNIOSEK TJMP
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych usługi tłumacza języka migowego
lub tłumacza-przewodnika dla osoby niepełnosprawnej**

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko Wnioskodawcy.....
seria nr dowodu osobistego wydanego dnia przez
..... PESEL
Adres zamieszkania (z kodem):
Adres zameldowania (z kodem)
Telefon kontaktowy:

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko:
seria nr dowodu osobistego wydanego dnia
przez PESEL
zamieszkały w adres (z kodem):
Telefon kontaktowy

POSIADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ORZECZENIE (zakreślić właściwe)

- a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów do 1.01.1998 r.: I II III
- c) o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- d) o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
- e) o niepełnosprawności (dot. dzieci do 16 roku życia).

CEL DOFINANSOWANIA – WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO :

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

Przedmiot dofinansowania (z podaniem ilości godzin tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika) i miejsce realizacji:

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

Przewidywany koszt zadania:

.....
.....

CEL DOFINANSOWANIA - WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO:

a) Tłumacza języka migowego

b) Tłumacza – przewodnika

***właściwe zaznaczyć**

KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA:

(słownie: zł)

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

DANE TLUMACZA:

Imię i nazwisko:..... NR NIP

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

.....

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku:

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak:	Nie:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel dofinansowania	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON, PCPR Samorząd Powiatowy)

SPOSÓB REALIZACJI DOFINANSOWANIA:

1. forma wypłaty dla PESEL.....

2. na rachunek bankowy (podać właściciela i nr)

.....,

3. na rachunek bankowy tłumacza.....

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja* niżej podpisany(a).....zamieszkały(a) w
/ imię i nazwisko /

.....
/ adres zamieszkania /

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą*/ prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, w którym wraz ze mną pozostają następujące osoby:*

* niepotrzebne skreślić

L.p	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek
1.			Wnioskodawca	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

OGÓLEM:

Przeciętny dochód w mojej rodzinie wynosi: zł
(należy dochód ogółem podzielić przez trzy)

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód na osobę w mojej rodzinie wynosi:**
.....zł (należy średni miesięczny dochód podzielić przez liczbę osób w rodzinie)

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

POUCZENIE

¹ Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

² Dochód ustalony w pkt. 1 należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Uwaga: zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem.

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

- OŚWIADCZAM, ŻE NIE MAM ZALEGŁOŚCI WOBEC PFRON ORAZ ŻE W CIĄGU TRZECH LAT PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU NIE BYŁEM/AM STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU I ROZWIĄZANEJ Z PRZYCZYN LEŻĄCYCH PO MOJEJ STRONIE
- UPRZEDZONY O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 § 1 KODEKSU KARNEGO ZA SKŁADANIE FAŁSZYWYCH ZEZNAŃ, W ZWIĄZKU Z PRZEPISEM ART. 75 § 2 KODEKSU POSTĘPOWANIA ADMINISTRACYJNEGO OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W NINIEJSZYM WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ. O ZMIANACH ZAISTNIAŁYCH PO ZŁOŻENIU WNIOSKU ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ POINFORMOWAĆ W CIĄGU 14 DNI.

Oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Podaję dane osobowe, zgodnie z art. 4 pkt 11 w/w rozporządzenia, tj. dobrowolnie, konkretnie, świadomie i jednoznacznie okazuję wolę oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Wschowa , dnia

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW /DOKUMENTÓW (WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR)

NAZWA DOKUMENTU	ZAŁĄCZONO TAK/NIE	DATA UZUPEŁNIENIA
1. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)		
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę w sposób czytelny i w języku polskim zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń (zgodnie z załącznikiem)		
3. Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki, w przypadku osoby niepełnosprawnej uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.		
4. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.		
5. Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę)		

.....
podpis pracownika PCPR

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie lekarskie
w celu dofinansowania usług tłumacza języka migowego
lub usług tłumacza przewodnika**

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania:
PESEL:

posiada schorzenia lub dysfunkcje:

1. słuchu
2. mowy
3. inne

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

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika
(należy właściwą usługę zakreślić)

- Nie

- Tak – uzasadnienie:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)