

Data wpływu
(wypełnia PCPR)

WNIOSEK
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA-PRZEWODNIKA

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu

przez ważny do.....

Numer telefonu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

POSIADANE ORZECZENIE (właściwe zaznaczyć)

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy
 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji
d) o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego Wnioskodawcy), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK

Imię i nazwiskosyn/córka.....

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu

przez ważny do.....

Numer telefonu

Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem

- postanowieniem Sądu Rejonowego
z dnia sygn. akt
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia repet. nr

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

Przedmiot dofinansowania (rodzaj usługi)

- usługi tłumacza języka migowego
- usługi tłumacza – przewodnika

Miejsce realizacji zadania

Cel dofinansowania (należy uzasadnić z jakiego powodu i w jakich sytuacjach usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika są konieczne)

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

Przewidywany koszt realizacji zadania

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji (należy wpisać przewidywany termin rozpoczęcia usługi i czas trwania realizacji określony w godzinach)

.....

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia).

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON | | | Tak(1) <input type="checkbox"/> | Nie(1) <input type="checkbox"/> |
|---|-------|-----|---------------------------------|---------------------------------|
| Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania

OŚWIADCZENIA

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 zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku byłam(em) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

- tak
- nie (zaznaczyć właściwe)

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania, poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej

| Wymagane załączniki | | WYPEŁNIA PCPR | | |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
| 1. | Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub innego orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu), dowód osobisty osoby niepełnosprawnej do wglądu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Zaświadczenie lekarza, zawierające rodzaj schorzenia oraz uzasadnienie w jakim stopniu schorzenie powoduje konieczność korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – dowód osobisty przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego do wglądu oraz kopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – dowód osobisty opiekuna lub pełnomocnika do wglądu oraz kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Kosztorys usługi tłumacza migowego lub tłumacza- przewodnika. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |