



nr CR.7026.

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Puławach w dniu

.....
pieczętka wpływu

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

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (wypełnić czytelnie):

Imię i Nazwisko ur. lat

PESEL zamieszkały/a w

Dowód osobisty: seria nr wydanym w dniu

przez

ulica nr domu nr lokalu

kod poczt. - poczta powiat

nr tel.

nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK:

Imię i Nazwisko ur. lat

PESEL zamieszkały/a w

Dowód osobisty: seria nr wydanym w dniu

przez

ulica nr domu nr lokalu

kod poczt. - poczta powiat

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: - inwalidzi I grupy - osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, wydane przed 1.01.1998 r. na stałe	
2. umiarkowany: - inwalidzi II grupy - osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki: - pozostali inwalidzi III grupy\ - osoby częściowo niezdolne do pracy - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. osoby w wieku do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:*

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY:*

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. bezrobotny / poszukujący pracy	
3. rencista / emeryt niezainteresowany podjęciem pracy	
4. rencista poszukujący pracy	
5. młodzież od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	

V. INFORMACJE O KWOTACH PRYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w ciągu ostatnich 3 lat)		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Nr zawartej umowy	Cel i data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia (data i kwota rozliczenia)	

* proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce oraz niewłaściwe skreślić,

B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:

I. Przedmiot dofinansowania:

- tłumacz języka migowego
- tłumacz - przewodnik

II. Miejsce realizacji zadania:

III. Cel dofinansowania i uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Przewidywany koszt realizacji zadania:

- 1. przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika (*maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi*): zł
- 2. przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego:
- 3. przewidywany całkowity koszt realizacji zadania: zł
- 4. łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:..... zł

V. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

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

.....

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

Bank/Oddział.....

Nr rachunku:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VIII. Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że:

- 1. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 2. Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Puławach.
- 3. Posiadam środki własne w wysokości nieobjętej wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON.
- 4. Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- 5. Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Ponadto:

- 1. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści wniosku oraz załącznikach, w bazie danych PCPR w Puławach dla potrzeb realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135).
- 2. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w ciągu **14 dni**.

.....

miejsce i data

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

C. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU (wypełnia PCPR):

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1. kopia orzeczenia o: - stopniu niepełnosprawności, bądź grupie inwalidzkiej - niezdolności do pracy - niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 1.01.1998 r. na stałe - niepełnosprawności osoby do 16 roku życia			
2. kopia orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób)			
3. oświadczenie o wysokości dochodów netto (załącznik nr 1)			
4. potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody			
5. aktualne zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności (załącznik nr 2)			
6. ofertę na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika			
7.			

.....
data i podpis pracownika PCPR

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko)

.....
(ulica, numer domu, numer mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1* i §2** ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy **oświadczam, że średnie miesięczne dochody netto członków mojej rodziny**, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszone o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych na rzecz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczone za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku** wynosiły:

Lp.		Średni miesięczny dochód netto liczony za ostatni kwartał
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy wspólnie się utrzymujące i mieszkające bez względu na wiek i pokrewieństwo (w tym osoby niepełnosprawne)		
	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Stopień i rodzaj niepełnosprawności
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
RAZEM		
Średni dochód na 1 osobę:		

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

* art. 233 §1 – kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3

** art. 233 §2 – warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

(wypełnić czytelnie w języku polskim)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

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:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Puławach; ważne trzy miesiące od daty wystawienia