

.....  
(data wpływu wniosku)

**WNIOSK**  
**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB**  
**NIEPEŁNOSPRAWNYCH USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB**  
**TŁUMACZA - PRZEWODNIKA**

**DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ /WNIOSKODAWCY**

(proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| data urodzenia.....

**Miejsce zamieszkania:**

Miejscowość..... ulica..... nr domu..... nr lokalu.....

Nr kodu ..... poczta ..... gmina .....

powiat..... nr telefonu kontaktowego.....

**Rodzaj posiadanego orzeczenia<sup>1</sup>:**

Znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	<input type="checkbox"/>
Umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	<input type="checkbox"/>
Lekki stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	<input type="checkbox"/>
Orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>

**II. Rodzaj niepełnosprawności<sup>1</sup>:**

Inna dysfunkcja narządu ruchu	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu mowy	<input type="checkbox"/>
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>
Inna dysfunkcja (jaka?).....	<input type="checkbox"/>

**III. Sytuacja zawodowa<sup>1</sup>:**

Zatrudniony, prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
Bezrobotny poszukujący pracy	<input type="checkbox"/>
Rencista poszukujący pracy	<input type="checkbox"/>
Rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
Dzieci i młodzież do 18 roku życia	<input type="checkbox"/>
Uczeń, student po 18 roku życia uczący się lub studiujący	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Wstawić **X** we właściwej rubryce

#### IV. Informacje uzupełniające:

1. **Wykształcenie\***: brak, podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, policealne, wyższe zawodowe (licencjackie), wyższe magisterskie.

2. **Rodzaj źródła utrzymania\***: wynagrodzenie za pracę, przychody z działalności gospodarczej, renta inwalidzka, renta rodzinna, renta socjalna, emerytura, zasiłek z pomocy społecznej, zasiłek dla bezrobotnych, stypendium, alimenty, inne (jakie?) .....

#### V. Opis rodziny Wnioskodawcy <sup>1</sup>:

Zamieszkuje samotnie	
Zamieszkuje z rodziną	
Inne osoby niepełnosprawne w rodzinie (podać stopień i rodzaj) ..... .....	

#### VI. Oświadczenie:

### OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych ( art. 233 KK § 1 i § 6. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.) oświadczam, że mój **średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił.....zł,  
Słownie(.....)

\* Niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> Wstawić X we właściwej rubryce

**VII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON <sup>1</sup>:**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				
			TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
(Informacja o otrzymanych środkach PFRON dotyczy tylko zawartych umów)				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON Tak Nie				
Jeżeli tak, podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania				
.....				
.....				
.....				

**IX. Informacja o rodzaju i charakterze planowanych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika.**

1. Cel wykonania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika (uzasadnienie wniosku):.....

.....

2. Planowana ilość godzin usług tłumacza języka migowego lub przewodnika – tłumacza, która ma być objęta dofinansowaniem: .....

3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania, wykonania usługi .....

4. Przewidywany koszt jednej godziny usługi tłumacza języka migowego/przewodnika..... zł

5. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON .....zł (słownie.....)

6. Numer rachunku bankowego i nazwa banku, na który będą przekazane środki finansowe PFRON związane z wykonaniem usługi: .....

|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_|- |\_|\_|\_|\_|- |\_|\_|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_|- |\_|\_|\_|\_|

Miejsce realizacji zadania: ..... (podać dokładny adres)

.....

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, a w przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuję się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Krapkowicach.

Zobowiązuję się na żądanie PCPR w Krapkowicach do składania dodatkowych wyjaśnień oraz dokumentów (*oryginałów lub kserokopii*) związanych z realizacją programu dotyczącego likwidacji barier.

Zobowiązuję się do bezzwłocznego zgłoszenia informacji mogących mieć wpływ na sposób rozpatrzenia i przyznania pomocy finansowej.

Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Wniosek stanowi ofertę zawarcia umowy cywilnoprawnej i jego rozpatrzenie nie podlega przepisom kodeksu postępowania administracyjnego.

## **Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

miejsceowość .....

dnia.....

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby do tego uprawnionej)

### **Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**

.....syn/córka.....  
(imię i nazwisko) (imię ojca)

.....  
(seria i numer dowodu osobistego, przez kogo został wydany)

PESEL..... NIP.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nr kodu.....poczta.....gmina.....

powiat.....Nr telefonu.....

ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\* dla.....  
.postanowieniem Sądu..... z dn. ....

sygn. akt\*, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*.....  
z dn. ....repet. Nr .....

**Klauzula Informacyjna:** Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach, z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1. **Inspektorem ochrony danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach jest Grzegorz Ceglowski, tel. 77 44 67 120, e-mail: g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl. **Odbiorcą danych osobowych** jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,e rozporządzenia oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 8/2016 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach z dnia 30 Listopada 2016r. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub warunkiem zawarcia umowy.

\* Niepotrzebne skreślić

## Załączniki do wniosku:

1. **Kserokopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci i młodzieży kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Kserokopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osób wspólnie mieszkających z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób).
3. **Oświadczenie o dochodach** Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkających z Wnioskodawcą – **netto** za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.
4. Zaświadczenie z właściwego urzędu pracy potwierdzające statut bezrobotnego lub poszukującego pracy (w przypadku takich osób).
5. Zaświadczenie ze szkoły, uczelni potwierdzające statut ucznia, studenta (w przypadku takich osób).
6. **Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.**
7. **Kosztorys na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.**
8. Inne dokumenty świadczące na korzyść Wnioskodawcy.

## **Pouczenie:**

- O dofinansowanie usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika **mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**
- Dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
- Ponadto **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.**
- Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi, jednak nie więcej niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

## **Wypełnia PCPR:**

1. Adnotacje pracownika dotyczące zasadności i kompletności złożonego wniosku:

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

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)

2. Opinia komisji przy PCPR w Krapkowicach rozpatrującej wniosek:

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

3. Decyzja o wysokości i przyznaniu dofinansowania ze środków PFRON:

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

.....  
(data i podpis dyrektora PCPR)