

(pieczęćka) PCPR w Przasnyszu	(data wpływu wniosku)	Nr sprawy: PCPR. .201...
--	------------------------------	---

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

WNIOSEK – część A (wypełnia wnioskodawca)

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

(należy zaznaczyć właściwe pola przez wypełnienie pola ☐)

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ/ DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO	
Imię/imiona..... Nazwisko.....	
Data urodzenia - - , miejscowość, (dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez..... Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna	
PESEL	
Kontakt telefoniczny: nr kier (.....) nr telefonu stacjonarnego nr tel. komórkowego:.....	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA Kod pocztowy - (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy - (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu Powiat Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania): 	

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pcpr-przasnysz.pl

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE RODZICA DZIECKA / OPIEKUNA PRAWNEGO / PEŁNOMOCNIKA

Imię/imiona Nazwisko syn/córka

Data urodzenia - - , miejscowość
 (dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu r.
 przez Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Miejscowość Ulica

Nr domu Nr lok. Powiat

Województwo nr tel.

ustanowiona/y Opiekunem ☐ / Pełnomocnikiem ☐ postanowieniem Sądu Rejonowego w
 z dn. sygn. akt
 na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
 z dn. repet. nr

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny stopień	☐ I grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany stopień	☐ II grupa inwalidzka
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki stopień	☐ III grupa inwalidzka
☐ orzeczenie o niepełnosprawności, dotyczy dziecka do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	☐ obu kończyn górnych	☐ jednej kończyny górnej
☐ obu kończyn dolnych	☐ jednej kończyny dolnej	☐ innym
☐ Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego		
☐ NARZĄD WZROKU 04-O		
☐ osoba niewidoma	☐ osoba niedowidząca	☐ osoba głuchoniewidoma

☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - OSOBA GŁUCHA	☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	☐ 11- I inne
☐ 02- P choroby psychiczne	☐ 06- E epilepsja	☐ 08- T choroby układu pokarmowego	☐ 10- N choroby neurologiczne	☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY				
☐ niezatrudniona/y ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy ☐ staż zawodowy ☐ rencista				
☐ zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy ☐ zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy ☐ zatrudniona/y lub prowadzący działalność gospodarczą albo rolniczą ☐ emeryt				
☐ nie zarejestrowany ☐ nie zarejestrowany ☐ nie dotyczy				
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ				
☐ podstawowe		☐ gimnazjalne		☐ zawodowe
☐ średnie ogólne		☐ średnie zawodowe		☐ policealne
☐ wyższe		☐ inne, jakie:		
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ				
☐ SZKOŁA PODSTAWOWA		☐ GIMNAZJUM		☐ INNA, jaka:
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA		☐ LICEUM		☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA		☐ KOLEGIUM		☐ INNA, jaka:
☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)		☐ STUDIA PODYPLOMOWE		☐ STUDIA DOKTORANCKIE
☐ NIE DOTYCZY				

2. Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika)

Nazwa banku
Numer rachunku bankowego

3. Uzasadnienie dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika dla osoby niepełnosprawnej:

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

4. Cel dofinansowania:

- | |
|--|
| ☐ wnioskuję o dofinansowanie tłumacza języka migowego |
| ☐ wnioskuję o dofinansowanie tłumacza przewodnika |

5. Miejsce realizacji dofinansowania:

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

6. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Przedmiot dofinansowania – liczba godzin tłumaczenia, przewidywany koszt brutto usługi oraz miejsce realizacji	
.....	
.....	
.....	
Koszt wnioskowanego dofinansowania	Kwota w złotych
	□□.□□□,□□ zł.

7. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

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

8. Dane tłumacza:

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

9. Sposób realizacji dofinansowania:

Forma autowy płaty dla	Nr NIP
Nr rachunku bankowego(podać właściciela i nr) □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ tłumacza.	

10. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON, w tym poprzez Oddziały PFRON, PCPR lub MOPR?						tak ☐	nie ☐
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Wnioskodawca (Imię i nazwisko wnioskodawcy/ imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
Razem uzyskane dofinansowanie:							

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

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

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Oświadczam, że:

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania dofinansowania do **usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika**, które przyjmuję do wiadomości i stosowania,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, w ramach dofinansowania do **usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika** oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych:
 - w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.).
 - rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015, poz. 926), także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż dofinansowanie **usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika** nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze starostą.
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy.

..... dnia /..... /20... r

podpis Wnioskodawcy

11. Załączniki: wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR W Przasnyszu (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR.	☐	☐	
4.	Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	☐	☐	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
7.	Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, JJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługi)	☐	☐	
8.	W przypadku tłumaczenia zajęć lekcyjnych – harmonogram planu zajęć.	☐	☐	

Do wglądu oryginał wszystkich dokumentów oraz dowód osobisty.

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: PCPR. .201 – wypełnia PCPR w Przasnyszu

1. Weryfikacja formalna:

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU			
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się.	☐ - tak ☐ - nie	
2	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w ustawie oraz w rozporządzeniu.	☐ - tak ☐ - nie	
3	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy).	☐ - tak ☐ - nie	
4	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki).	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy.	☐ - tak ☐ - nie	
6	Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, JJM, SKOBN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługi)	☐ - tak ☐ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		☐ pozytywna	☐ negatywna
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		☐ - tak ☐ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		☐ - tak ☐ - nie	

*pieczęć imienna pracownika PCPR w Przasnyszu
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

pieczęć imienna Dyrektora PCPR w Przasnyszu

data, podpis:

2. Opinia komisji dotycząca wniosku Nr PCPR. .201 .

Przasnysz,20.....

Podpis członków komisji

1)

2)

3)

Decyzja dotycząca wniosku Nr PCPR. .201 .

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
DO USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA-PRZEWODNIK**

pozytywna: ☐ negatywna: ☐

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA (NIE WIĘCEJ NIŻ 2 % PRZECIĘTNEGO WYNAGRODZENIA ZA
GODZINĘ JEJ ŚWIADCZENIA) (w zł.):**

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy.

.....20..... r.

data

.....

podpisy osoby/osób podejmujących decyzję

Załącznik Nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnik.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/-a
zam.....

Seria i numer dowodu osobistego..... wydanego przez
..... w dniu

PESEL

Oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód , w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony z kwartału poprzedzający miesiąc złożenia wniosku , wynosi.....zł.
(słownie:.....)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi(słownie:.....)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

(Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 Kodeks Karny (Dz. U. z 2016, poz. 1137 ze zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

§1. 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.

§2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.)

Oświadczenie niniejsze zostało wnoszącemu odczytane.

Miejscowość

Data.....

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik Nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnik.

Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Przasnyski, w imieniu którego występuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę/zgody na przetwarzanie:

☐ moich danych osobowych,

☐ danych mojego dziecka,

☐ danych Wnioskodawcy, którego reprezentuję,

w celu realizacji dofinansowania do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnik ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

* właściwe zaznaczyć

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Na podstawie przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych i przysługujących prawach.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiat Przasnyski /Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 2) Dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: PCPR, Budynek Starostwa Powiatowego w Przasnyszu, ul. św. Stanisława Kostki 5, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-25-14 wew. 118 lub 227.
- 3) Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Pan Zbigniew Makowski. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 608 353 336 lub adresem e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl
- 4) Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o przepisy prawa tj.:
 - a. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2018, poz. 511 ze zm.)
 - b. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiat, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926).
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 6) Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora, oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
- 7) Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
- 8) W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody”, informujemy że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 9) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
- 10) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
- 11) Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 12) Podanie danych nie skutkuje zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
- 13) Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

Załącznik Nr 3 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnik.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Przasnyszu – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych do usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnik.***

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Posiada schorzenia lub dysfunkcje:

- ☐ słuchu
- ☐ mowy
- ☐ inne
-
-
-
-
-

Stwierdzam potrzebę korzystania z usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika)

- ☐ Nie
- ☐ Tak – uzasadnienie
-
-
-
-
-

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis
lekarza specjalisty)