

\	(pieczętka) 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 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , miejscowość, (dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Kontakt telefoniczny: nr kier (.....) nr telefonu stacjonarnego nr tel. komórkowego:.....	
<p style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu nr lok. Powiat</p> <p>Województwo</p>	<p style="text-align: center;">ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu nr lokalu</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p>
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**

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
<input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O		
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma

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

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

Nazwa banku
Numer rachunku bankowego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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 autowypłaty 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 <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, JJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku tłumaczenia zajęć lekcyjnych – harmonogram planu zajęć.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Do wglądu oryginał wszystkich dokumentów oraz dowód osobisty.

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 Starostwie Powiatowym w Przasnyszu jest Pan Arkadiusz Bloch. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 502-198-738 lub adresem e-mail: iod@przasnysz.dss-rodop.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)