

\ (pieczętka) PCPR w Przasnyszu	(data wpływu wniosku)	Nr sprawy: PCPR. .202...
---	-----------------------	--

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)	
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna PESEL	
Kontakt telefoniczny: nr kier (.....) nr telefonu stacjonarnego nr tel. komórkowego:.....	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA Kod pocztowy - (poczta) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy - (poczta) 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)

MiejscowośćUlica

Nr domu Nr lok.Powiat

Województwo nr tel.

Ustanowiona/y Opiekunem/ Pełnomocnikiem¹ postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
..... sygnatura akt.....

Na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez Notariusza

.....z dnia

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

¹ właściwe zaznaczyć

☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
☐ 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		☐ TECHNIKUM		☐ STUDIA DOKTORANCKIE
☐ ZASADNICZA SZKOŁA		☐ KOLEGIUM		☐ INNA, jaka:
☐ SZKOŁA POLICEALNA		☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)		☐ NIE DOTYCZY
☐ LICEUM		☐ STUDIA PODYPLOMOWE		

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 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 ☐	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**,
- 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 Dz.U. z 2019 r., poz. 1172 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.

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 barie 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	

pieczętka imienna pracownika PCPR w Przasnyszu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR w Przasnyszu

data, podpis:

2. Opinia komisji dotycząca wniosku Nr PCPR. .202 .

Przasnysz,20.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Podpis członków komisji	
1)	
2)	
3)	

Decyzja dotycząca wniosku Nr PCPR. .202 .

**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 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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych Wnioskodawcy, którego reprezentuję*, tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, w celu kontaktu telefonicznego oraz wypłaty dofinansowania do usług tłumacza języka migowego lub tłumacza -przewodnika dla osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Dyrektor dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-51-73 lub 29 691-17-46 fax wew. 16.
 2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 29 752 22 70 lub adresem e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.
 3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań i obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. a, lit. c, lit. e RODO; ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 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, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz innych ustaw i aktów wykonawczych regulujących wypełnianie zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
 4. 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.
 5. 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.
 6. 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.
 7. W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody” informuję, że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
 8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
 9. 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.
 10. Administrator danych osobowych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 11. Podanie danych nie skutkują zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
 12. Administrator danych osobowych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

* Właściwe zaznaczyć

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)